

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



“As patologias incapacitantes, do foro neurológico, no idoso institucionalizado e o Direito: diálogo interdisciplinar”



Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes Marques

**Dissertação co-orientada pela Professora Dr.^a Rute Pedro
e pelo Professor Doutor Rui de Alarcão para a obtenção
do grau de Mestre em Gerontologia Social**

Coimbra, Janeiro 2010

As patologias incapacitantes, do foro neurológico, no idoso institucionalizado
e o Direito: diálogo interdisciplinar
Sandra Cláudia Barroso Lindo Fernandes Marques



Coimbra
2010

FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO



“As patologias incapacitantes, do foro neurológico, no idoso institucionalizado e o Direito: diálogo interdisciplinar”

Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes Marques

**Dissertação co-orientada pela Professora Dr.^a Rute Pedro
e pelo Professor Doutor Rui de Alarcão para a obtenção
do grau de Mestre em Gerontologia Social**

Coimbra, Janeiro 2010

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de investigação foi pautada, em todo o seu longo percurso, por vicissitudes de ordem vária...

A sua conclusão foi, no entanto, possível graças ao espírito de colaboração manifestado por algumas pessoas.

Começo então por agradecer:

À Senhora Professora Dr.^a Rute Pedro, pela orientação desta tese de dissertação de mestrado, bem como pelo estímulo, e pelas doughtas e oportunas sugestões que teve a gentileza de dispensar à mesma.

Ao Senhor Professor Doutor Rui de Alarcão, pelo cuidado que manifestou quanto à orientação deste trabalho, e pelo interesse que, ao longo do mesmo, foi demonstrando, através dos respectivos reparos.

À Senhora Professora Doutora Helena Reis, na qualidade de Coordenadora do Mestrado em Gerontologia Social, e como minha Professora.

À Senhora Dr.^a Maria Clara Sequeira pela sua incansável colaboração, sem a qual teria sido muito difícil realizar a componente prática desta investigação...

Aos Senhores Presidentes das Instituições Particulares de Solidariedade Social, bem como às Senhoras Directoras Técnicas de Serviço Social das referidas Instituições.

Uma nota de simpatia e gratidão aos Amigos e Colegas que me acompanharam e que, gentilmente, partilharam os seus conhecimentos.

E, por último, um agradecimento muito especial aos meus Pais... pelo carinho com que acolheram a ideia deste projecto, pelo incentivo constante e atento nas horas difíceis, e por tudo...

À memória de meus Avós

***“A velhice avança de modo quase insensível; não se quebra
subitamente, mas extingue-se com o lento passo do tempo.”***

Cícero (De Senectute)

RESUMO

O envelhecimento é estudado numa perspectiva alargada, realçando primeiramente o país como um todo, e depois, numa perspectiva mais restrita, o indivíduo em si.

São abordadas questões em torno das patologias incapacitantes, em termos gerais, e as do foro neurológico, em particular, precisamente pelas vicissitudes que as mesmas desencadeiam nos idosos de quem delas são portadores.

Também uma referência célere à questão da suicidalidade.

Fica reservado para capítulos autónomos, o tema da morte, e o contributo das ciências médico-legais.

De igual modo, é também apresentada uma análise reflexiva no que concerne à questão da demência, e sua respectiva configuração no sistema do Direito Civil Português.

Destacam-se ainda as questões em torno da institucionalização; e uma referência ligeira à segurança económica na terceira idade.

Os meios de tutela facultados pelo Direito são também aqui enunciados, pelo que, em face disso, foi oportuno dedicar capítulo próprio às questões jurídicas em torno do idoso, como pessoa humana e como pessoa jurídica, sem esquecer os seus respectivos direitos com assento constitucional.

Por fim, como resultado de uma investigação prática direccionada à institucionalização de pessoas idosas, extraíram-se conclusões e foram apresentadas considerações finais, que se encontram precisamente no final desta dissertação.

ABSTRACT

Words: aging, neurological, disabling, diseases, self-murder, death, forensic sciences, dementia, institutionalization, economic, security, legal, entity, human being, elderly, constitutional, rights.

The aging is studied in a widened perspective, enhancing first the country as a whole, and later, in a more restricted perspective, the individual in itself.

They are boarded questions around the disabling diseases, in general terms, and of the neurological forum, in particular, necessarily for the vicissitudes that the same ones unchain in the aged ones of who of them are carrying.

Also a quick reference to the question of the self-murder.

It is private for autonomous chapters, the subject of the death, and contribution of forensic sciences.

Equally, also a reflexive analysis with respect to the question of the dementia, and its respective configuration in the system of the Portuguese Civil law is presented.

The questions around the institutionalization are still boarding and a fast reference to the economic security in the old age.

The means of protection provided by law are also shown here, so in the face of this it was opportune devote a separate chapter on legal issues for the elderly, as a human being and as a legal entity, but also their constitutional rights with a seat.

Finally, as a result of practical research aimed at the institutionalization of elderly people, drew up conclusions and closing remarks were presented, which are at the end of this dissertation.

ÍNDICE GERAL

	Págs
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
ÍNDICE GERAL.....	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	12
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	13
ÍNDICE DE TABELAS.....	14
ABREVIATURAS.....	15
 INTRODUÇÃO.....	 16
 PARTE I	
ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	18
 CAPÍTULO I.....	 19
1. A Gerontologia.....	19
2. Envelhecimento demográfico.....	20
2.1. Portugal país de contrastes.....	21
2.2. Declínio da natalidade.....	28
2.3. Envelhecimento: na base e no topo.....	30
3. Envelhecimento individual.....	32
3.1. A doença.....	33
3.2. Quando começa a velhice?.....	33
3.3. Envelhecimento: habitual e saudável.....	34
3.4. O processo de envelhecimento.....	38
4. Teorias biológicas do envelhecimento.....	39
4.1. Teoria da mola de relógio.....	39
4.2. Teoria do “relógio do envelhecimento”.....	40
4.3. Teorias estocásticas.....	40

4.4. Teoria da programação biológica deliberada.....	41
4.5. Teoria de ligação cruzada ou eversão.....	41
4.6. Considerações finais.....	42
5. A saúde mental no idoso.....	44
6. Envelhecimento patológico.....	47
6.1. Demências.....	48
7. As patologias incapacitantes na velhice: a dependência.....	51
7.1. “Gota” ou reumatismo gutoso.....	53
7.2. Dependência por atingimento sensorial.....	53
7.3. Dependência por problemas físicos crónicos.....	54
7.4. Dependência por doença oncológica em fase terminal.....	55
7.5. Dependência por doença psiquiátrica.....	55
(A) Perturbação obsessivo-compulsiva e a Esquizofrenia.....	55
(B) Depressão Reactiva.....	56
(C) Demência dos Corpos de Lewy.....	58
7.6. Dependência por doença neurológica.....	58
(A) Doença de Parkinson.....	58
(B) Demência de Alzheimer.....	58
(C) Demência Vascular.....	59
(D) Demência Fronto-Temporal.....	59
(E) AVC.....	60
7.7. Dependência causada pela arteriosclerose.....	60
7.8. Dependência causada pela aterosclerose.....	61
8. Suicidalidade.....	61
9. Quando nos tornamos dementes?.....	63
 CAPÍTULO II.....	 65
10. A Morte.....	65
10.1. O término da vida.....	66
10.2. <i>Mors ultima línea rerum est</i>	67
 CAPÍTULO III.....	 70
11. O contributo das Ciências Médico-Legais.....	70

CAPÍTULO IV	73
12. A Institucionalização	73
12.1. A nova realidade social	73
12.2. Os Lares de Terceira Idade	74
12.2.1. Pessoas Colectivas	75
12.2.2. Personalidade jurídica	76
12.2.3. AS IPSS	76
13. Dever de cuidado	79
14. Responsabilidade civil	81
14.1. Responsabilidade civil extra-contratual	82
14.1.1. O dano morte	84
14.2. Responsabilidade civil contratual	85
15. Responsabilidade criminal	86
 CAPÍTULO V	 90
16. Segurança Económica na Terceira Idade	90
16.1. Em Portugal	92
16.2. Na Holanda	92
16.3. Na Suécia	93
16.4. Na Grã-Bretanha	94
 CAPÍTULO VI	 95
17. O código civil de 1966	95
17.1. A questão da “demência” no Código Civil Português	96
 CAPÍTULO VII	 101
18. O Idoso	101
18.1. Pessoa Humana	101
18.2. Pessoa Jurídica	103
19. Os Direitos de Personalidade	104
20. As Incapacidades Jurídicas	107

21. Vícios da vontade.....	112
21.1. Os negócios usurários.....	114
22. Gestão de negócios.....	116
23. Procuração.....	118
24. Direitos do idoso com assento constitucional.....	119
24.1. Direito à vida.....	120
24.1.1. No plano internacional.....	120
24.1.2. No plano interno.....	120
A) Princípio da Dignidade da Pessoa Humana.....	124
24.2. Direito à integridade pessoal.....	125
 PARTE II	
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO	128
 CAPÍTULO VIII	129
25. Questão de partida.....	129
26. Hipóteses.....	129
27. Objectivos.....	130
 CAPÍTULO IX	131
28. Caracterização da investigação prática.....	131
29. Conclusões dos inquéritos.....	133
30. Considerações finais.....	135
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
Outra Documentação.....	142
ANEXOS	143
Inquérito.....	146

ÍNDICE DE FIGURAS

	Págs
Figura 1: Envelhecimento individual e envelhecimento demográfico.....	28
Figura 2: Excreción de radicals libres desde una célula.....	43
Figura 3: Lobos do córtex cerebral, vista lateral direita.....	46
Figura 4: Aspecto lateral do cérebro (face externa do hemisfério esquerdo). (Segundo R. Nieuwenhyus, J. Voogd e C. van Huijzen: The Human Central Nervous System. Springer, Heidelberg, 1981).....	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Págs
Gráfico 1: Pirâmide etária Portugal e Norte.....	22
Gráfico 2: Pirâmide etária, Portugal e Centro.....	23
Gráfico 3: Pirâmide etária, Portugal e Lisboa.....	24
Gráfico 4: Pirâmide etária, Portugal e Alentejo.....	25
Gráfico 5: Pirâmide etária, Portugal e Algarve.....	26
Gráfico 6: Pirâmide etária, Portugal e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.....	27
Gráfico 7: Índice de Envelhecimento, Portugal.....	27
Gráfico 8: O «envelhecimento na base» e o «envelhecimento no topo» Portugal no período 1960-200.....	30
Gráfico 9: Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001.....	32
Gráfico 10: Etiologia das demências e demências degenerativas.....	64

ÍNDICE DE TABELAS

	Págs
Tabela 1: Alguns dos Principais Sistemas de Órgãos.....	36
Tabela 2: As doenças crónicas mais frequentes em pessoas com mais de 65 anos..	37
Tabela 3: As principais causas de morte nas pessoas com mais de 65 anos.....	38
Tabela 4: Critérios de Demência - Classificação psiquiátrica americana.....	50
Tabela 5: Critérios de Demência - Classificação internacional das doenças.....	50
Tabela 6: Classificação abreviada das demências.....	51
Tabela 7: Características da demência.....	57
Tabela 8: Conceito de demência.....	64

Abreviaturas

AcTC	-	Acórdão – ou Acórdãos – do Tribunal Constitucional
ADN	-	Ácido Desoxirribonucleico
AOW	-	Algemene Ouderdomswet
ARN	-	Ácido Ribonucleico
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
BGB	-	Bürgerliches Gesetzbuch
CADH	-	Convenção Americana sobre Direitos Humanos
CC	-	Código Civil
CEDH	-	Convenção Europeia dos Direitos do Homem ou Convenção Europeia para a Salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais
CP	-	Código Penal
CPC	-	Código de Processo Civil
CPP	-	Código de Processo Penal
CRC	-	Código de Registo Civil
CRP	-	Constituição da República Portuguesa
DCLw	-	Demencia de Cuerpos de Lewi
DFT	-	Demencia Fronto-Temporal
DL	-	Decreto-Lei
DSM	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUDH	-	Declaração Universal dos Direitos do Homem
DV	-	Demência Vascular
EA	-	Enfermedad de Alzheimer
EH	-	Enfermedad de Huntington
HIV	-	Human Immunodeficiency Virus
ICD	-	International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	-	Instituições Particulares de Solidariedade Social
L	-	Lei
LC	-	Lei Constitucional
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PIDCP	-	Pacto Internacional sobre os Direitos Cíveis e Políticos
SNC	-	Sistema Nervoso central
TIC	-	Técnicas de Informação e Comunicação

INTRODUÇÃO

A ideia deste trabalho teve na sua génese uma experiência de vida ocorrida junto de pessoas idosas, quer das que se encontravam institucionalizadas em lares de idosos (nesse sentido, é de sublinhar uma experiência ao nível do voluntariado institucional), quer também das que, não estando em regime de institucionalização, apelavam para as redes de solidariedade primárias e/ou informais, tendo sido, a experiência, nesse sentido, mais profunda.

A estrutura do trabalho em si, essa alicerçou-se, todavia, nos temas de alguns dos conteúdos programáticos leccionados nas aulas do Curso de Gerontologia Social (ano lectivo de 2006-2007), que conciliou três áreas distintas do Saber - Sociologia, Geriatria e Direito -, embora todas elas, evidentemente, com consistentes implicações entre si. Daí ter-se tratado - e o presente trabalho também a isso se refere - de um diálogo multi e interdisciplinar.

A importância prática que um tema desta natureza possui, especialmente nos dias de hoje, em que se constata um inexorável incremento da população idosa, muito embora tal fenómeno ocorra numa sociedade ainda pouco responsável para com os mais velhos, postulando a procura de pessoas com apurada sensibilidade e humanidade para compreender e saber aceitar as vulnerabilidades e as vicissitudes que o fenómeno do envelhecimento acarreta, por um lado, e, por outro, em face disso, a emergência de uma atitude de cuidadosa reflexão e ponderação sobre a imanência das questões em torno de tal fenómeno – foi, indubitavelmente, o móbil orientador da elaboração deste trabalho, permitindo que fossem dissecados caminhos diferentes, abraçando, desse modo, novos desafios cognitivos.

Estruturalmente, este trabalho de investigação encontra-se dividido em duas partes: uma primeira parte refere-se ao enquadramento teórico-conceptual, e uma segunda parte refere-se ao enquadramento metodológico da investigação. Por seu turno, todo o trabalho está dividido em nove capítulos.

Na primeira parte do enquadramento teórico-conceptual são focados diversos temas, todos eles pertinentes ao tema desta dissertação de mestrado.

A segunda parte, a do enquadramento metodológico da investigação, refere-se à investigação prática, onde é feita uma referência explícita das instituições contactadas e

onde é retratado todos os passos que foram dados para a obtenção dos dados que estiveram na base desta pesquisa.

Por fim, são apresentados os resultados da análise dos inquéritos, e são feitas considerações finais.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

CAPÍTULO I

1. A Gerontologia

A palavra Gerontologia vem do grego *geron*, e significa “velho”, “velhice”.

Na Grécia antiga (Atenas) e também em Israel, o ser “velho”, o ter uma idade mais avançada, era uma instituição pundonorosa, isto é, investida de dignidade.

Os órgãos supremos do Poder eram constituídos por elementos mais idosos, a que se dava o nome de “*conselho de velhos ou anciãos*” (Focus, Enciclopédia Internacional. Vol. II).

Na “Carta aos Anciãos”, o Papa João Paulo II (citado por Orlandis, 2006: 67) referia-se à velhice como «um excelente observatório para contemplar o passado e o presente (...).»

Orlandis (2006: 5), no seu livro “No entardecer da vida” escreve que «Há pouco mais de 70 anos, em 1934, apareceu um livro de um cientista espanhol de grande prestígio que tinha atingido uma idade muito avançada: Santiago Ramón y Cajal¹. O título da obra, que teve merecida ressonância, era fiel indicador do seu conteúdo e circunstância: “O mundo visto aos oitenta anos”. Chegar a essa idade constituía então uma rara excepção, e mais ainda consegui-lo com plena lucidez, em circunstâncias de poder ajuizar o passado e o presente da própria existência. Cajal conseguiu-o, embora viesse a falecer naquele mesmo ano de 1934, mal atingira os 82 anos. Dois grandes papas, Pio IX e Leão XIII tinham-no precedido em longevidade, cobrindo com os seus pontificados muito mais da metade do século XIX. (...)»

Ser “velho”, hoje, é uma realidade social deveras comprometedora para a nossa sociedade ainda muito negligente no contributo a promover a quem vive em idade avançada.

Hoje, ouve-se com frequência falar de qualidade de vida, mas viver com qualidade de vida implica (também) respeitar a dignidade (qualidade inalienável) de todo o ser humano.

¹ «Histologista espanhol, 1852-1934. Prémio Nobel de Medicina em 1906.» (Orlandis, 2006: 5)

Por conseguinte, a Gerontologia emerge como um estudo multifacetado do envelhecimento do ser humano e, destarte, estriba-se num diálogo abrangente, na medida em que é multi e interdisciplinar. Nesse sentido, convergem vários domínios do saber, entre eles: a Biologia, a Medicina, a Psicologia, a Sociologia, o Direito, etc.

2. Envelhecimento demográfico

Hodiernemente, tem-se vindo a assistir ao despontar de uma realidade, que não sendo nova - porque não o é -, apresenta, pelo menos, contornos diferentes no mosaico social português.

Os resultados definitivos apresentados pelo estudo censitário de 2001, e disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, em 21 de Outubro de 2002, comprovam que o envelhecimento demográfico é transversal a todas as regiões de Portugal, sendo, porém, acentuadamente mais vincados numa região que noutras.

Sublinhe-se que “O fenómeno do envelhecimento demográfico, definido como o aumento da importância relativa de idosos na população total, ocorreu em todas as regiões do país, sendo que apenas no Norte e nas duas Regiões Autónomas se mantém uma proporção de jovens (0-14 anos) superior à de idosos (65 ou mais anos).

Durante o período intercensitário, a proporção de jovens diminuiu passando de 20,0%, em 1991, para 16,0%, em 2001. Ao contrário, a proporção de idosos aumentou de 13,6% para 16,4% na última década.

A população em idade activa regista duas tendências distintas: o grupo dos adultos jovens (15-24 anos) observa uma taxa de variação negativa (8,1%), à semelhança da população mais jovem, reflectindo a diminuição dos efectivos da geração da década de oitenta, altura em que a substituição de gerações deixou de ser assegurada. Em contraste, a população dos 25-64 anos acompanha a evolução dos idosos, apresentando um aumento de 11,8%. Pode, assim, concluir-se pelo envelhecimento da própria população em idade activa.

Em consequência do aumento da longevidade, a idade média da população aumentou quase 3 anos, quer nos homens, quer nas mulheres, passando de 35,5 anos em 1991, para 38,1 anos, em 2001, nos homens, e de 38,2 anos para 40,9 anos nas mulheres.

A sobremortalidade masculina, que contribui para a maior esperança média de vida por parte das mulheres, justifica a diferença entre os sexos.

O progresso do envelhecimento, sobretudo pela base da pirâmide etária, como resultado da baixa da natalidade está bem evidenciado no traçado que as pirâmides etárias de Portugal assumem em 1991 e 2001.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

2.1. Portugal país de contrastes

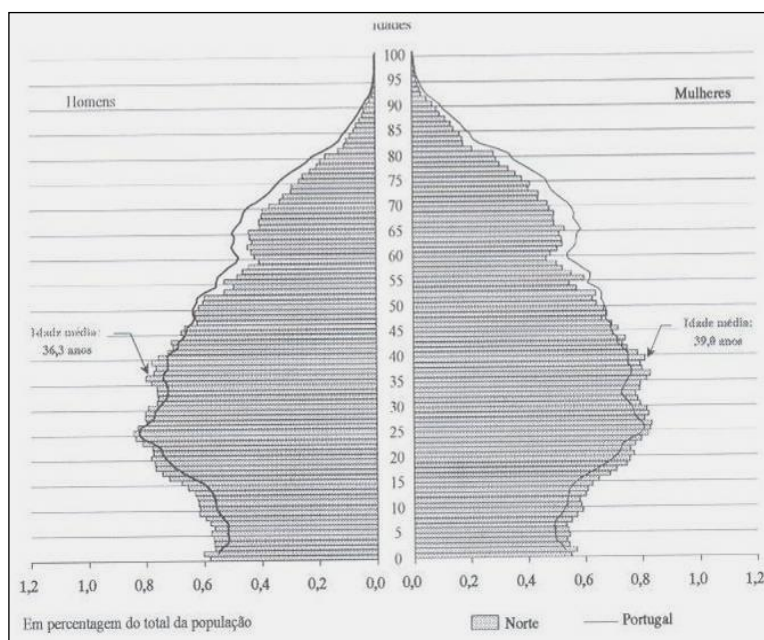
Dados facultados pelo INE, constata-se que o crescimento demográfico de Portugal Continental e das Regiões Autónomas, da Madeira e dos Açores, é heterogéneo, sem esquecer a questão do progresso do fenómeno do envelhecimento, conforme o evidenciam as respectivas pirâmides etárias.

Assim, em Portugal Continental, o Norte aparece como a região mais jovem.

“Quando comparada com a estrutura da população total verifica-se que a do Norte é mais jovem. A proporção de jovens, de 17,5%, representa o valor mais elevado do Continente, enquanto que a de idosos representa, simultaneamente a mais baixa (14,0%).

Embora já em 1991 detivesse a posição da região mais jovem do território continental, a população com menos de 15 anos sofreu um decréscimo de 16,0% e a de idosos um aumento de 29,7%. A idade média da população é assim um pouco mais baixa da verificada para o total do país: 36,3 anos nos homens e 39,0 nas mulheres.

A população em idade activa representa no seu conjunto 68,5%. A taxa de variação desta população entre 1991 e 2001 foi de 9,5%, taxa que se elevou para cerca de 11% no grupo dos 15-24 anos.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].



O Centro do País apresenta um envelhecimento acentuado a partir dos 60 anos.

“A proporção da população idosa (19,4%) era, nesta região, bastante superior à jovem (15,0%), facto que não se verificava em 1991, quando os idosos representavam 18,9% e os jovens 16,5% do total da população. É bem evidente que a partir dos 60 anos a proporção da população desta região é superior à do total do país, resultando numa pirâmide com um envelhecimento muito pronunciado, bem expressa na idade média: 39,9 anos nos homens e 42,7 nas mulheres.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007]

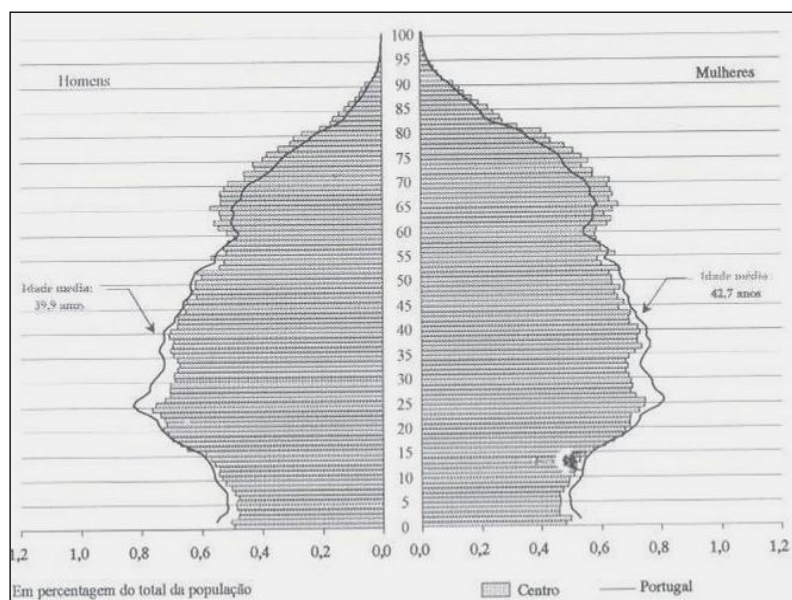


Gráfico 2: Pirâmide etária, Portugal e Centro.

Fonte: INE, 2001

A região de Lisboa, por seu turno, “concentra a (...) maior proporção de população com nacionalidade estrangeira do país (4,7%), e a mais elevada proporção de população em idade activa (70,3%).

Quando comparada com a pirâmide nacional este facto fica bem evidenciado, denotando-se igualmente que as proporções de jovens e de idosos são inferiores à do país. Este equilíbrio torna esta região numa das menos envelhecidas do território continental.

A idade média da população desta região é muito aproximada à verificada para o total da população: 38,4 anos nos homens e 41,3 anos nas mulheres.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

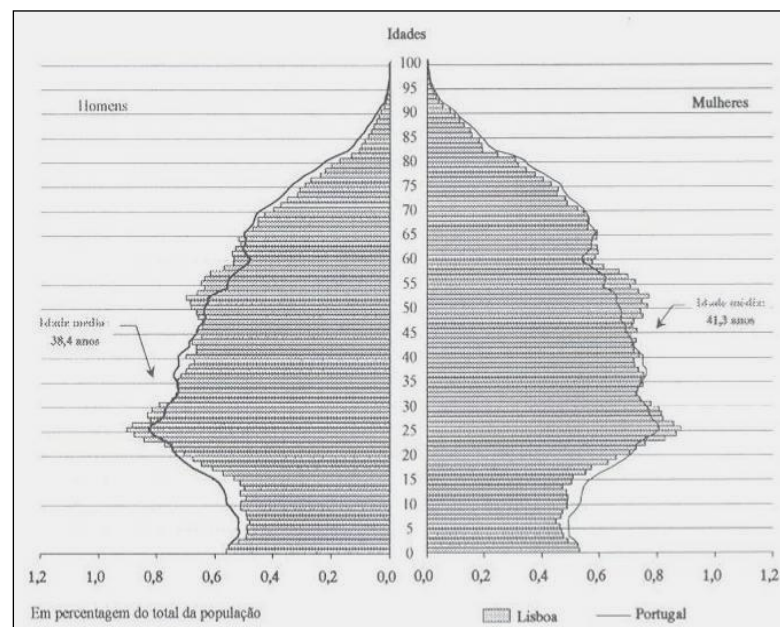


Gráfico 3: Pirâmide etária, Portugal e Lisboa.

Fonte: INE, 2001

É de salientar, porém, que, no cômputo geral, de todas as regiões, o Alentejo é a região de Portugal mais envelhecida.

“O Alentejo constitui a região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos: 22,3% e, simultaneamente, a mais baixa de jovens (13,7%). Apesar do nível de envelhecimento atingido, o Alentejo registou o menor incremento da população idosa do Continente. No entanto, o grupo dos jovens perdeu cerca de 22% entre 1991 e 2001. Deste modo, a idade média desta população situou-se nos 41,7 anos nos homens e nos 44,4 anos nas mulheres.

Os traços desta pirâmide contrastam com as outras pelo excesso dos efectivos populacionais depois dos sessenta anos.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

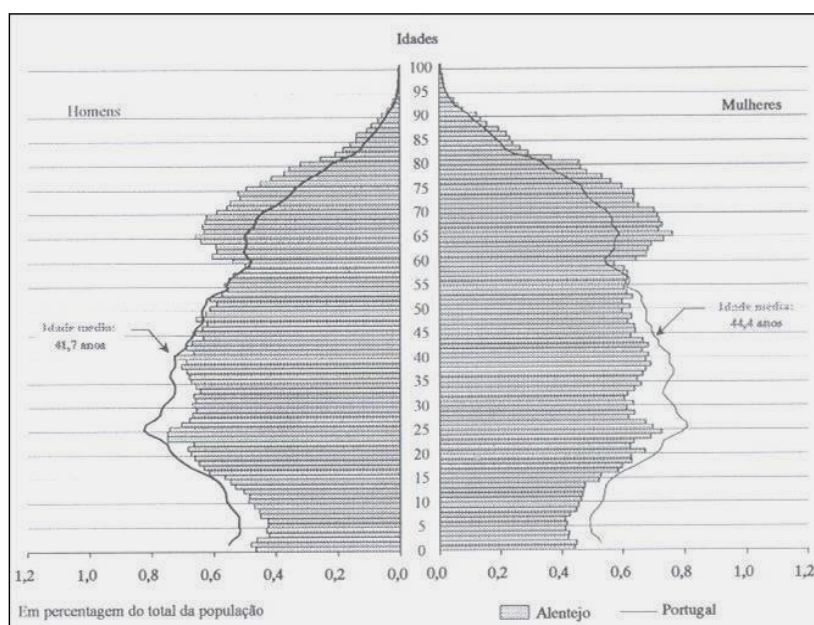


Gráfico 4: Pirâmide etária, Portugal e Alentejo.
Fonte: INE, 2001

O Algarve regista um forte crescimento populacional, sendo visível a concentração de homens idosos.

“Esta região observa também a maior proporção de população com nacionalidade estrangeira: 6,0% do total da população (...).

A população em idade activa é igualmente bastante elevada nesta região (54,6% dos 25-64 anos), tendo registado um aumento de 22,5% no grupo dos 25-64 anos entre 1991 e 2001. As principais características desta região parecem assim ter sido influenciadas pelo contributo da população com nacionalidade estrangeira.

É igualmente visível que a proporção de homens idosos nesta região é superior à observada na população do país. As idades médias situam-se em 40,3 anos nos homens e em 42,2 anos nas mulheres.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

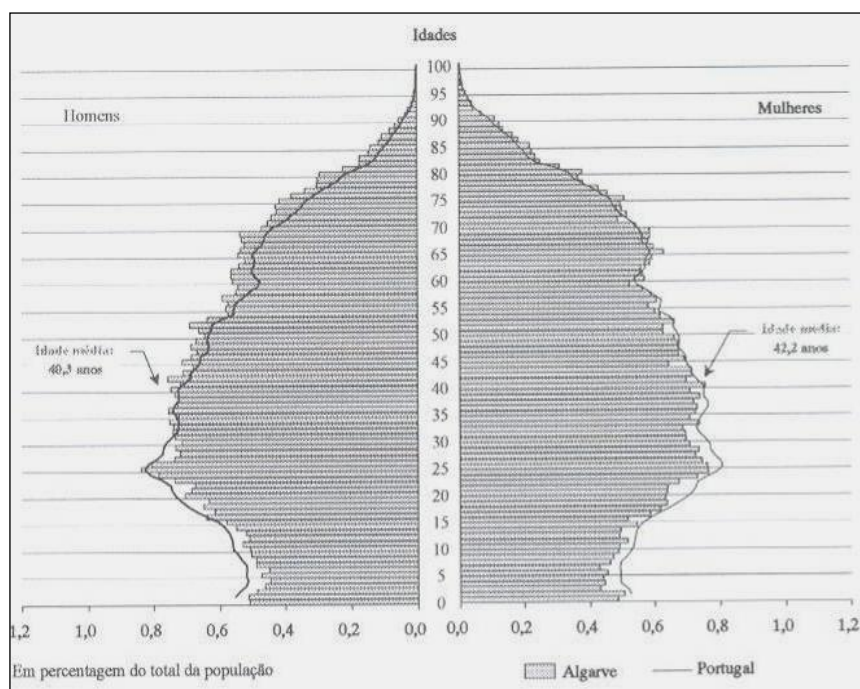


Gráfico 5: Pirâmide etária, Portugal e Algarve

Fonte: INE, 2001

Todavia, de entre as várias regiões de Portugal, as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores são as mais jovens do País.

“Apesar da forte queda da natalidade, com efeitos na perda de importância relativa de população jovem, estas regiões registam uma elevada proporção de jovens comparativamente à de idosos. Em 2001, os Açores detinham 21,4% de jovens e 13,0% de idosos e a Madeira 19,1% e 13,7%, respectivamente.

Os efeitos dos grandes surtos emigratórios estão bem evidenciados nas reentrâncias das pirâmides, tanto para homens como para mulheres, no caso dos Açores e, em especial para as mulheres, no que se reporta à Madeira.

Desta forma, as idades médias, tanto para homens, como para mulheres, são em ambas as regiões das mais baixas do país: 34,0 anos para os homens e 36,6 anos para as mulheres, nos Açores, e 34,5 anos e 38,6, respectivamente, na Madeira.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

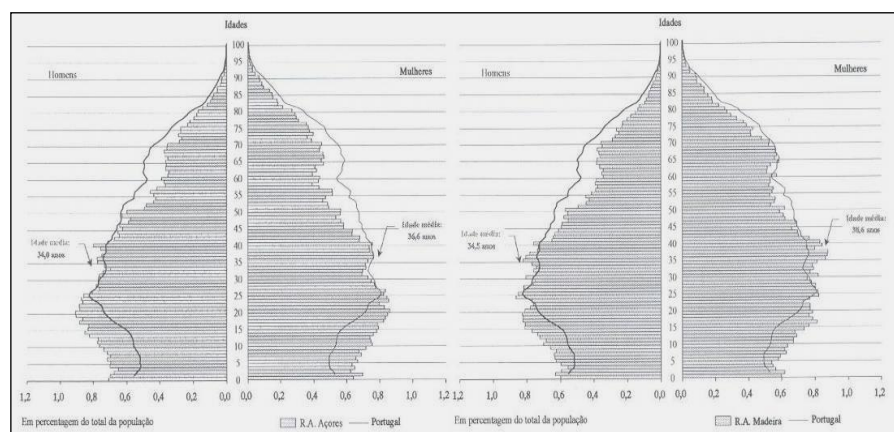


Gráfico 6: Pirâmide etária, Portugal e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

Fonte: INE, 2001

Por conseguinte, dados disponibilizados pelo INE revelam que “as disparidades regionais, no que respeita à estrutura da população” podem ser analisadas através de um índice demográfico, “que ajuda a medir o envelhecimento e a juventude de uma população.

A amplitude da variação do índice é de 60 para 163.

Alentejo, Algarve e Centro apresentam índices de envelhecimento acima do valor de Portugal, ou seja, superiores a 102 idosos por cada 100 jovens. Em oposição, as regiões autónomas e o Norte assumem valores bem inferiores.” Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

Podemos ver essas disparidades regionais através da análise do índice demográfico, que a figura 6 apresenta.

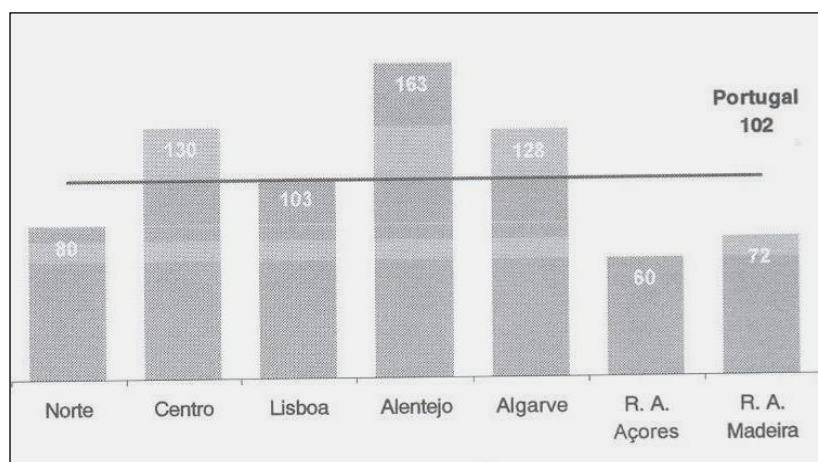


Gráfico 7: Índice de Envelhecimento, Portugal.

Fonte: INE, 2001

O envelhecimento pode ser ainda ser analisado sob dois grandes pólos, a saber: o individual e o demográfico, conforme mostra a figura 7.

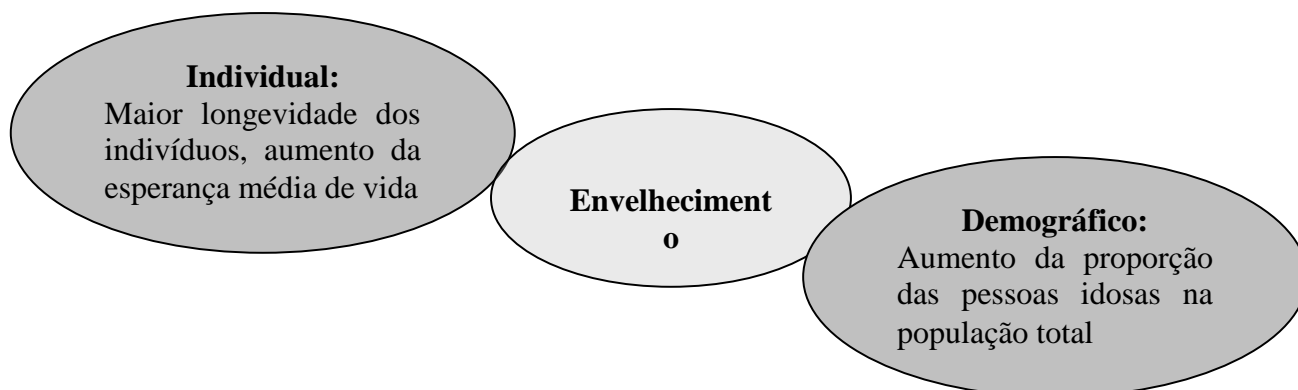


Figura 1 – Envelhecimento individual e envelhecimento demográfico.

Fonte: INE

2.2.Declínio da natalidade

Como fenómeno demográfico, passível de estudo e investigação, o envelhecimento da população é, historicamente, um fenómeno recente, com poucos anos.

Imagínario (2004: 27) vem corroborar esta ideia com um estudo apresentado por Alfred Sauvy no século transacto. Deste modo, “Relativamente à utilização do termo “envelhecimento da população” foi só no séc. XX que esta noção foi evocada pela primeira vez, no contexto de um estudo apresentado em 1928 por Alfred Sauvy.”.

Revela-se (de sublinhar que o século XX foi palco dessa realidade e, de igual modo, o século XXI continua essa trajectória) um inexorável crescimento da população idosa, quer a nível nacional, quer a nível mundial. Com efeito, a um exímio controlo da natalidade, e respectivo declínio, como sublinha Nazareth (2004), seguem-se outros factores que muito têm contribuído para a génese desta realidade, que se designa por envelhecimento demográfico. O aumento significativo da esperança de vida nos países industrializados, de que Portugal é exemplo, tem-se vindo a reflectir pelos progressos da medicina, e, simultaneamente, o reconhecimento da importância de que se reveste

necessidade de cuidados alimentares e de saúde básicos adequados a cada indivíduo têm permitido dar significação e/ou relevo à questão, sempre premente, da qualidade de vida.

Viver com qualidade de vida, longe de ser uma utopia, é uma realidade cada vez mais reivindicada na envelhecida sociedade actual.

Questionável, todavia, é saber se o “viver com qualidade de vida” é uma existência acessível a qualquer idoso, ou se, pelo contrário, cumula-se de obstáculos, não sendo assim acessível a todos.

“O aumento da população idosa a nível mundial e, sobretudo nos países industrializados deve-se a dois factores essenciais que são o aumento da esperança de vida e a redução da taxa de natalidade. Dados recentes, que têm sido amplamente divulgados, apontam para que a população mundial com mais de 60 anos aumente a partir do valor corrente de 9.6%, para 12.5% em 2020.” (Rendas, 2001: 49)

A existência de um número cada vez mais significativo de idosos poderia encontrar, efectivamente, o seu móbil na diminuição da mortalidade nos primeiros anos de vida e não nos últimos.

Todavia, não o explica assim Nazareth (2004. 119), “(...) durante muito tempo pensou-se que esta *explosão demográfica da terceira idade* era uma consequência directa do aumento da esperança de vida. Por outras palavras existiam mais pessoas idosas pela simples razão de se morrer cada vez mais tarde. A investigação empírica não confirmou esta hipótese de trabalho. Na realidade a mortalidade, ao declinar, actua predominantemente nos primeiros grupos de idades. Os jovens passam a sobreviver cada vez em maior número, em particular a partir do primeiro ano de vida (devido ao declínio da mortalidade infantil), fazendo assim com que, mais tarde, os efectivos da população em idade fértil aumentem. Os nascimentos tendem sempre a aumentar durante o processo de declínio da mortalidade, a não ser que uma nova atitude face à vida comece igualmente a surgir. Não foi, pois, o declínio da mortalidade o principal factor responsável pela emergência do processo do envelhecimento das populações (...). *O principal factor natural responsável pelo envelhecimento demográfico foi o declínio da natalidade.*”

Com efeito, o declínio da natalidade aparece como factor responsável pelo fomento do envelhecimento populacional – não obstante ser “(...) verdade que o fenómeno do envelhecimento demográfico não é um processo exclusivamente explicado por factores naturais” (Nazareth, 2004: 120), a verdade é que “o envelhecimento demográfico do continente europeu é assim uma consequência directa do acentuado declínio da

fecundidade nas últimas dezenas de anos.” (Nazareth, 2004: 120) -, revolucionando a base da pirâmide demográfica, através da sua inversão: envelhecimento no topo da pirâmide etária.

2.3. O envelhecimento: na base e no topo

Em termos demográficos, existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo (Gráfico 8).

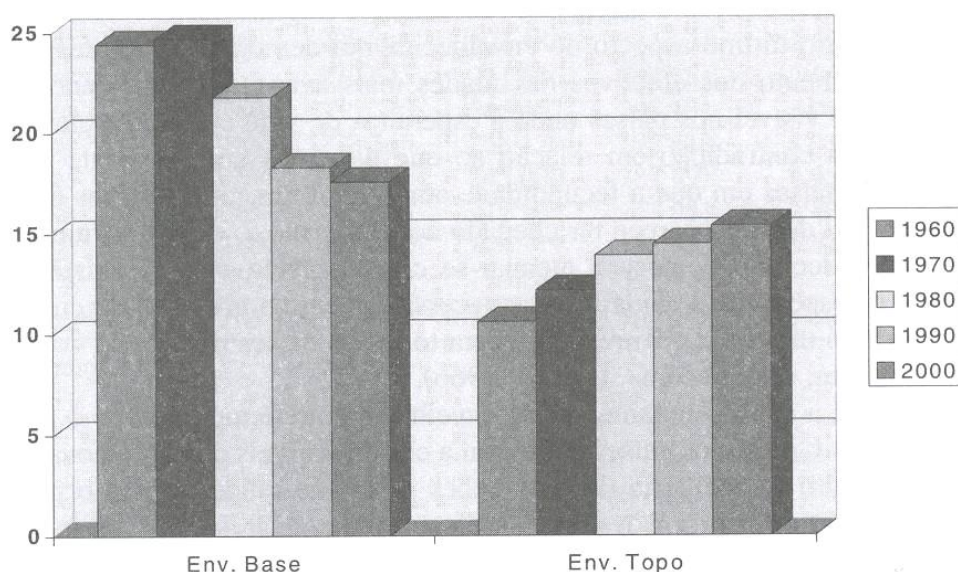


Gráfico 8 – O «envelhecimento na base» e o «envelhecimento no topo».

Portugal no período 1960-2000.

Fonte: Nazareth, 2004: 119

O *envelhecimento na base* “ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida.” (Nazareth, 2004: 119)

Citando ainda Nazareth (2004: 119), o *envelhecimento no topo* “ocorre quando a percentagem de idosos aumenta, fazendo assim com que a parte superior da pirâmide de

idades comece a alargar, em vez de se alongar, como acontece nas sociedades típicas dos países em vias de desenvolvimento.”

Do ponto de vista demográfico, e estritamente nesta perspectiva, a resolução do problema consistiria em contrariar a tendência de envelhecimento. A intervenção nesse sentido traduzir-se-ia em dois eixos. Por um lado, pela promoção da fecundidade através de políticas demográficas eficazes, que promovessem a maternidade e as condições objectivas de apoio às famílias. Ainda assim, não haveria garantias que se conseguisse afectar a vontade de procriar.

O outro eixo de actuação seria a abertura à imigração, para poder proporcionar a revitalização das estruturas demográficas envelhecidas. Contudo, esta medida sobejamente utilizada em processos de povoamento, pode acarretar perigos incalculáveis a vários níveis, a saber: social, económico e cultural.

A nossa sociedade tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objectivo a rentabilização da produção, em que se privilegiam apenas os indivíduos activos. O idoso sem total autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição, de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Não será difícil de prever que nestas circunstâncias ele tenda ao isolamento e ao isolar-se, torna-se cada vez mais dependente.

Com propriedade se apresentam mais algumas referências, por isso, e ainda segundo dados do INE, «Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da População. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhões de indivíduos (...). Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 15 de Março de 2007].

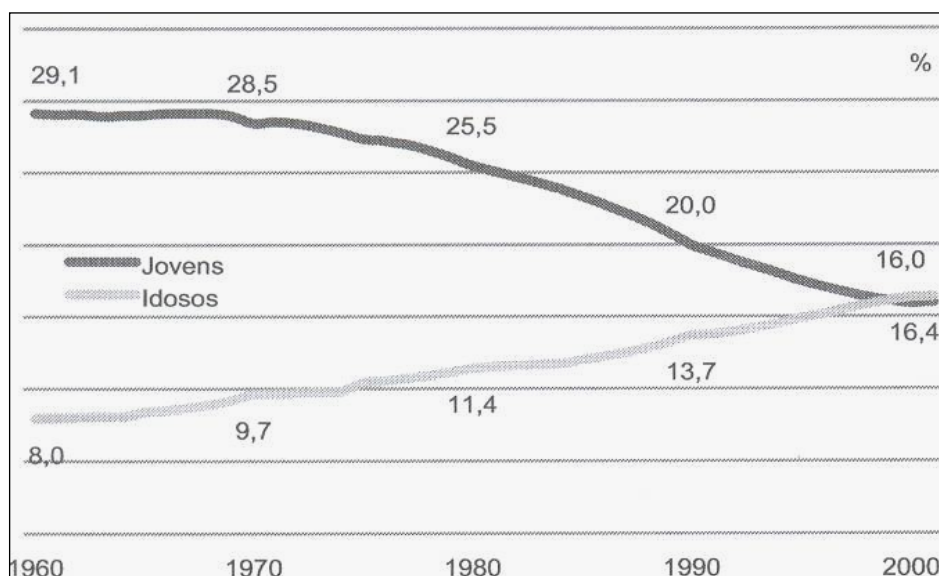


Gráfico 9 – Evolução da Proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001.

Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População.

3. Envelhecimento Individual

O que é o envelhecimento?

É um processo intrínseco, progressivo e generalizado de deterioração física e psíquica, que se verifica ao longo do tempo, assim é o envelhecimento.

“O envelhecimento começa no momento em que nascemos. Uma criança cresce e torna-se adulta. Assim, em dada altura, o processo de envelhecimento altera-se. A pessoa sofre uma deterioração funcional que finalmente a conduz à morte; é este o processo que habitualmente é associado ao envelhecimento. O termo técnico para esta deterioração das funções que culmina com a morte é senectude².” (Manual Merck Geriatria, 2004: 1)

Em boa verdade, o envelhecimento, por si só, isoladamente, não é uma doença.

Aliás, o *Manual Merck Geriatria* (2004: 1) refere precisamente que “O envelhecimento no último século é uma história de êxito (...), sabe-se muito como o estilo de vida e os hábitos sociais influenciam a longevidade e a saúde. Mas qual será, na realidade, a causa do envelhecimento continua a ser uma das «perguntas de sempre» que permanecem sem resposta.

² Senilidade, decrepitude.

3.1. A doença

Na sua reflexão, Sournia explica que a doença, “(...) é uma entidade abstracta à qual o homem dá um nome. A partir das indisposições sentidas por uma pessoa, os médicos criam uma noção intelectual que agrupa os sintomas de que sofre o «doente», os sinais que um observador pode constatar, as lesões anatómicas, por vezes, uma causa ou um germe causal, e a este conjunto aplicamos uma etiqueta chamada diagnóstico, do qual decorre um tratamento destinado a agir sobre os sintomas e, se possível sobre a causa. Estas operações correspondem a desejos permanentes do espírito humano, que busca ante um universo misterioso (...). Mas todas estas noções, estes pressupostos, estes encadeamentos, têm que ver com um estágio do conhecimento, com uma ideia da ciência; são forçosamente evolutivos: por natureza a medicina é histórica. (...)”.(1997: 361-362). E, não obstante, “a medicina científica” esforçar-se por imprimir “uma certa racionalidade”, nada impede dizer “que as dúvidas sobre a eficácia da ciência e da medicina” sejam uma constante ainda nos tempos actuais. Até porque, ainda que a doença pertença aos progressos científicos e tecnológicos, estes nem sempre dispõem de respostas cabais e eficazes para a mesma (doença).

Outra realidade, actualmente com uma vincada afirmação existencial, é o espaço físico da doença, “(...) o jogo da doença e da saúde joga-se cada vez menos em casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital.” (Goff, 1997: 8).

No entanto, seria injusto apenas sinalizar os hospitais como palco daquela relação dialéctica denominada de “jogo da doença e jogo da saúde”, uma vez que tal relação não se esgota só aí. As IPSS³ são outro tipo de entidades onde tal relação dialéctica encontra eco. Mas, não nos ocuparemos de tal agora e aqui. Esta questão terá adiante o seu contexto próprio em sede “Lares de Terceira Idade”.

3.2. Quando começa a velhice?

A pertinência desta questão não encontra uma resposta pacífica.

Embora questionável, os 65 anos são apresentados como o início da velhice. Mas esta perspectiva é defendida por elementos puramente históricos. Vejamos como.

³ Instituições Particulares de Solidariedade Social.

“O limite tradicional para a idade avançada, 65 anos, não tem fundamentos biológicos. Muitas pessoas mantêm-se activas e vigorosas aos 65 anos. Outras ficam doentes e inactivas aos 40. A razão da escolha dos 65 anos como limite deve procurar-se na História. Foi na Alemanha que se determinou a idade da reforma, a primeira nação que estabeleceu um plano de reforma. (Em 1889, Bismarck, o chanceler da Alemanha, estabeleceu os 70 anos, mas em 1916 essa idade baixou para os 65.) (...) A idade cronológica baseia-se unicamente na passagem do tempo. É a idade de uma pessoa expressa em anos. A idade cronológica tem escasso sentido em termos de saúde. No entanto a probabilidade de desenvolver um problema de saúde aumenta com a idade. Dado que a idade cronológica ajuda a prever muitos problemas de saúde (...).

A idade biológica refere-se às modificações que o organismo sofre e que se apresentam, geralmente, com a idade. A visão e o ouvido, por exemplo, pioram de forma característica com a idade.” (Manual Merck Geriatria, 2004: 3-4)

3.3. Envelhecimento: habitual e saudável

Existe ainda uma distinção entre *envelhecimento habitual* e *envelhecimento saudável*, que nos é fornecida pelo Manual Merck Geriatria (2004).

O primeiro consubstancia-se nas normais mutações que se verificam no organismo. Todavia, a ideia de que alterações inevitáveis como o enfraquecimento muscular, a lentidão dos movimentos, a perda do equilíbrio e a privação da memória derivam mais de um estilo de vida não saudável, ou de doenças que se podem prevenir ou tratar, do que propriamente do envelhecimento em si mesmo.

Por *envelhecimento saudável*, pelo contrário, compreende-se o afastamento e/ou redução dos efeitos provenientes do envelhecimento. Quer isto significar, a conservação da saúde física e mental, e manter-se activo e independente, através do favorecimento de certos hábitos saudáveis, como, por exemplo, o exercício físico e mental e uma alimentação saudável.

Urge, por conseguinte, a promoção da saúde e do bem-estar do idoso, de molde a permitir que haja qualidade de vida.

Caso contrário, a este período frágil e irreversível no ciclo vital do indivíduo, a que se dá o nome de velhice, e em que à decadência física e intelectual, acrescentam-se outras problemáticas, como a exclusão social⁴, e também as situações decorrentes da dependência, como consequência de patologias que incapacitam física e psiquicamente o indivíduo.

As transformações que se verificam nas células e nos órgãos dos idosos são responsáveis pelas alterações do seu corpo.

Com o avançar da idade as células ou funcionam mal, ou vão morrendo.

“As células podem morrer porque não se dividem normalmente ou porque estão lesadas. Poderão igualmente ser afectadas por agentes ambientais nocivos, como a radiação, a luz solar e a quimioterapia. E também podem ser danificadas por alguns subprodutos das suas actividades normais. Estes subprodutos, chamados radicais livres, são emitidos quando as células produzem energia. Muitas células morrem porque os seus genes programam um processo, que quando se activa, provoca a morte celular. Esta morte programada, chamada *apoptose*, é um tipo de suicídio celular. As razões deste suicídio celular incluem a substituição de células velhas por células novas e a eliminação do excesso celular.” (Manual Merck Geriatria, 2004: 5)

Também o bom funcionamento dos órgãos está, de igual modo, dependente do bom funcionamento das células.

“As células velhas funcionam mal. Além disso, em alguns órgãos, as células morrem e não são substituídas; portanto, o número de células diminui. (...) Quando o número de células se torna demasiado baixo, o órgão não consegue funcionar normalmente. Por isso a maior parte dos órgãos funcionam pior com a idade. No entanto, nem todos os órgãos perdem um grande número de células. O cérebro é um exemplo. Os idosos saudáveis não perdem muitas células nervosas cerebrais. As grandes perdas verificam-se, sobretudo, naqueles que sofreram acidentes vasculares cerebrais ou sofrem da doença de Alzheimer ou de Parkinson.” (Manual Merck Geriatria, 2004: 5)

⁴ “A noção de «exclusão social» pertence à perspectiva própria da tradição francesa na análise de pessoas e grupos desfavorecidos. Em termos simplificados, Robert Castel – uma das principais referências nesta matéria – define «exclusão social» como a fase extrema do processo de «marginalização, entendido este como um percurso «descendente», ao longo do qual se verificam sucessivas *rupturas* na relação do indivíduo com a sociedade. (...) A fase extrema - a da «exclusão social» - é caracterizada não só pela ruptura com o mercado de trabalho, mas por rupturas familiares, afectivas e de amizade.” (Costa, Alfredo, 1998: 9-10) Por outras palavras, “(...) manifestações de diferença que podem conduzir a um afastamento da sociedade, e à não participação real e/ou simbólica de certos grupos na vida colectiva.” (Étienne, Jean, *et al.*, 1998: 158)

Alguns dos Principais sistemas de Órgãos

<u>Sistema</u>	<u>Órgãos do sistema</u>
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">▪ Coração▪ Vasos Sanguíneos (artérias, capilares e veias)
Respiratório	<ul style="list-style-type: none">▪ Nariz▪ Boca▪ Faringe▪ Laringe▪ Traqueia▪ Brônquios▪ Pulmões
Nervoso	<ul style="list-style-type: none">▪ Cérebro▪ Medula Espinal▪ Nervos
Pele	<ul style="list-style-type: none">▪ Pele
Musculosquelético	<ul style="list-style-type: none">▪ Músculos▪ Tendões e ligamentos▪ Ossos▪ Articulações
Circulatório	<ul style="list-style-type: none">▪ Glóbulos vermelhos e plaquetas▪ Plasma (parte líquida do sangue)▪ Medula espinal (onde são produzidas as células sanguíneas)▪ Baço

Tabela 1 - Alguns dos Principais Sistemas de Órgãos.

Fonte: Manual Merck Geriatria, 2004: 6

De acordo com Silva (2005: 143-144), “Atingir a velhice significa que foi possível sobreviver e adaptar-se – com mais ou menos saúde mental e consequente maior ou menor bem-estar – a desafios específicos de outras fases da vida. O processo de envelhecimento, ao longo da velhice, traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares (Menninger, 1999). Na compreensão multidisciplinar e multidimensional em que este processo deve ser abordado, tais desafios reportam-se a aspectos de ordem física,

psicológica e social. Freud referiu que somos primeiro que tudo um self corporal, chamando a atenção para a forma como cada um de nós sente o corpo (...). Os gerontólogos acentuam que a velhice vive-se primeiro que tudo no corpo (...), a deterioração da capacidade visual e auditiva, a maior lentidão dos reflexos, a menor capacidade respiratória, algumas dificuldades de equilíbrio e menor resistência, sem cansaço, a esforços físicos intensos e/ou continuados, a recuperação física mais lenta, a lentificação de movimentos e a menor eficácia do sistema imunitário a proteger o corpo de infecções. (...) É também mencionado o surgimento da doença física, com sintomas mais ou menos acentuados, que surgem no decorrer do quotidiano e que evidenciam a linguagem dos órgãos (na expressão de Paul Valéry, a saúde é o «silêncio dos órgãos»), associada à perda de saúde física”.

Desta sorte, o aparecimento de doenças acaba por ser inevitável.

A grande parte de doenças são crónicas, e podem coexistir várias em simultâneo.

Esta é uma realidade comum nas pessoas idosas.

As doenças crónicas mais frequentes em pessoas com mais de 65 anos
<ul style="list-style-type: none">▪ Artrite▪ Hipertensão arterial▪ Doença Cardíaca▪ Perda auditiva▪ Patologias dos ossos, ligamentos e tendões▪ Cataratas▪ Sinusite crónica▪ Diabetes▪ Acufónios (zumbidos nos ouvidos)▪ Perda da visão

Tabela 2 - As doenças crónicas mais frequentes em pessoas com mais de 65 anos.

Fonte: Manual Merck Geriatria, 2004: 31

“Nos países desenvolvidos à volta de 70% de todas as mortes verificam-se depois dos 65 anos. Estatísticas recentes indicam que a maioria das mortes neste grupo de idade foram devidas a cardiopatia, enfarte e cancro. No entanto, já que muitas pessoas idosas têm mais de uma doença crónica, a verdadeira causa da morte é muitas vezes desconhecida, especialmente nas pessoas de mais de 85 anos. (...) Assim, apesar da melhoria dos cuidados de saúde ter favorecido a diminuição das mortes devido a cardiopatia e a acidente

vascular cerebral, as mortes causadas por cancro aumentaram.” (Manual Merck Geriatria, 2004: 31)

As principais causas de morte nas pessoas com mais de 65 anos
<ul style="list-style-type: none">▪ Doença cardíaca▪ Cancro▪ Acidente vascular cerebral e doenças relacionadas▪ Doença pulmonar obstrutiva crónica e doenças relacionadas▪ Gripe e pneumonia▪ Diabetes mellitus▪ Doença de Alzheimer▪ Insuficiência renal▪ Infecções sanguíneas▪ Acidentes (excluindo os de trânsito)▪ Acidentes de trânsito

Tabela 3 - As principais causas de morte nas pessoas com mais de 65 anos

Fonte: Manual Merck Geriatria, 2004: 32

3.4. O processo de envelhecimento

No que respeita ao processo de envelhecimento, como consistindo na simbiose de factores de ordem física e mental, há ainda autores que defendem 3 vertentes, a saber: o envelhecimento dito normal, o envelhecimento patológico, e o envelhecimento óptimo, dito com sucesso.

Assim, no entender de Silva (2005: 146-147) “Os autores fazem uma distinção entre o envelhecimento dito *normal* (que ocorre sem condições de patologia biológica e mental), o envelhecimento *patológico* (ocorrido nas condições opostas, ou seja, com evidência clara de patologia mental ou física, como por exemplo a demência de tipo Alzheimer) e o envelhecimento *óptimo*, dito com sucesso (que ocorre em circunstâncias propícias ao desenvolvimento). (...) Numa formulação próxima da perspectiva postulada para a saúde, poder-se-ia comentar que o envelhecimento normal e o envelhecimento óptimo traduzem sanidade mental, muito embora o envelhecimento com sucesso possa representar uma maior qualidade de saúde (...).”

Continuando esta linha de raciocínio, Jiménez , *et al* (2004: 696-697) defendem que “El proceso de envejecimiento se caracteriza por ser un fenómeno intrínseco, progresivo, universal, individual, declinante, asincrónico, programado genéticamente y sobre el cual inciden múltiples factores tales como herencia, raza, sexo, factores ambientales, factores higiénicos, sanitarios, alimentación, ejercicio físico y otros. Por tanto, el envejecimiento debe ser considerado como una etapa más del desarrollo del ser humano, en la que existe una lenta y continua involución (...). Por este motivo, actualmente existe una tendencia que defiende la existencia de un envejecer patológico o con enfermedad, que conlleva la aparición de una serie de síntomas físicos, psicológicos y cognitivos, lo que origina una pérdida paulatina de funcionalidad hasta desembocar en una dependencia funcional total como en la demencia. (...) Por último, entre el envejecimiento normal y el patológico existe un estadio de transición de declive cognitivo denominado deterioro cognitivo ligero. (...)”.

4. Teorias biológicas do envelhecimento

Agrupam-se em seis grupos as teorias que contribuem para explicitar o processo de envelhecimento, segundo Busse e Blazer (1989: 23-25): teoria da mola de relógio; teoria do “relógio do envelhecimento”; teorias estocásticas⁵; teoria da programação biológica deliberada; teoria do radical livre; teoria de ligação cruzada ou eversão do envelhecimento.

Todas elas, naturalmente, têm as suas especificidades.

4.1. Teoria da mola de relógio

Defende esta teoria que “Uma das primeiras explicações biológicas do envelhecimento repousava na suposição de que um organismo vivo continha um estoque fixo de energia não-diferente daquela contida dentro de uma mola espiral de relógio. Quando a mola do relógio se desenrolava, a vida terminava. Este é um tipo de teoria da

⁵ Estocásticas refere-se aos “fenómenos cujos casos particulares dependem do acaso, e a respeito dos quais só é possível enunciar probabilidades.” (Costa *et al.*, 2006: 705)

exaustão. Uma outra teoria simples se relaciona ao acúmulo de materiais nocivos. Esta teoria particular recebe algum apoio pela observação de que pigmentos como lipofucsina se acumulam em inúmeras células durante todo o período de vida. Embora essas duas simples teorias possam dar alguma contribuição ao processo de envelhecimento, há pouca evidência de que elas desempenhem qualquer papel substancial.” (Busse e Blazer, 1989: 24)

4.2. Teoria do “relógio do envelhecimento”

Uma outra perspectiva explica que “o hipotálamo⁶ é o local do “relógio do envelhecimento”. As alterações da idade dentro do hipotálamo desempenham um papel particularmente importante nas perdas de mecanismos homeostáticos no corpo. Perda de células, o evento comum na velhice, ocorre dentro de grupos de células dentro do hipotálamo. O desaparecimento de algumas células críticas no hipotálamo pode ter consequências de longo alcance. As células restantes podem tornar-se menos eficientes. O hipotálamo indubitavelmente acarreta alterações importantes dentro da hipófise⁷, que por sua vez tem um impacto sobre outras glândulas e órgãos dentro do corpo. Como consequência, há muitas alterações endócrinas⁸. ” (Busse e Blazer, 1989: 24)

4.3. Teorias estocásticas

Estes autores Busse e Blazer explicam que “Os processos de envelhecimento que estão associados com alterações aleatórias tais como perda ou mutação celular são frequentemente denominados “teorias estocásticas”. Estocástico significa “um processo ou

⁶ Hipotálamo é a “zona do cérebro, situada por baixo do tálamo e em volta do terceiro ventrículo, cujos núcleos regulam várias funções vegetativas, nomeadamente a temperatura do corpo, o sono, e diversos processos relacionados com o metabolismo.” (Costa *et al.*, 2006: 898)

⁷ Hipófise é uma “pequena glândula de secreção interna situada na base do crânio, na cavidade da sela turca, constituída pelo lobo posterior (cerebral ou nervoso) e pelo lobo anterior (glandular), que exerce uma função reguladora da maior parte das glândulas de secreção interna., tendo uma influência directa no crescimento.” (Costa *et al.*, 2006: 897)

⁸ “glândula que (...) verte no sangue os produtos que segrega (hormonas), e que também se denomina fechada, de secreção interna e vascular sanguínea (...).” (Costa *et al.*, 2006: 621)

uma série de eventos, para os quais a estimativa da probabilidade de certos resultados aproxima-se da possibilidade verdadeira à medida que o número de eventos aumenta” (1989: 24).

4.4. Teoria da programação biológica deliberada

Aqueles autores supra referidos explicam tratar-se de uma teoria que “tem recebido considerável atenção. Esta teoria sustenta que dentro de uma célula normal estão armazenadas a memória e a capacidade de delimitar a vida de uma célula. (...) um radical livre é uma molécula ou composto químico que tem um número ímpar de elétrons (um elétron livre) e é altamente reactivo, ao contrário da maioria dos compostos químicos que têm um número idêntico de elétrons e são estáveis. Frequentemente considerados fragmentos moleculares, os radicais livres são altamente reactivos e destrutivos, mas são produzidos por processos metabólicos normais e são ubíquos em substâncias vivas.” (Busse e Blazer, 1989: 24)

4.5. Teoria de ligação cruzada ou eversão

Esta última teoria, que aponta para a importância do colagénio no organismo humano, explica que “(...) existem alterações na estrutura do colagénio⁹ associadas com envelhecimento. O colagénio é provavelmente a proteína mais importante no corpo humano. (...) cadeia de envelhecimento altera as características do tecido conjuntivo. A ligação cruzada pode, além disso, ser causada por glicosilação. Glicosilação: a glicose é o açúcar mais abundante do corpo e é importante para o metabolismo celular, particularmente dos neurónios.” (Busse e Blazer, 1989: 25)

⁹ “substância proteico (...), de estrutura fibrosa, que constitui o elemento essencial de qualquer tecido conjuntivo animal; proteína gelatinosa.” (Costa *et al.*, 2006: 389)

4.6. Considerações finais

Corroborando, de algum modo, com estas teorias biológicas do envelhecimento, encontra-se Belsky (2001: 67) “Los científicos quieren comprender la razón de la asociación entre el envejecimiento y unos cambios físicos y determinadas enfermedades características. Han formulado diversas hipótesis, o teorías biológicas del envejecimiento, para explicar estos misteriosos fenómenos. Una clase de teorías se centra en aquello que daña las unidades básicas de nuestro cuerpo: las células. (...) Las diferentes teorías celulares sobre por qué envejecemos se suelen agrupar en dos categorías: las teorías que consideran el envejecimiento y la muerte son el resultado del daño aleatorio, y las teorías que proponen la existencia de un programa biológico preestablecido. (...) El daño del ADN. Una teoría del daño aleatorio sobre el envejecimiento apunta a los fallos que las células acumulan en su capacidad de producir proteínas como causa del envejecimiento y la muerte. Las proteínas son vitales porque constituyen la base de todas las reacciones y funciones celulares. El ADN, el material genético que se encuentra en el núcleo de todas las células, programa como se desarrollan los cuerpos y marca el camino en la producción de estas moléculas. La molécula de ADN se desenrosca para sintetizar el ARN que, es una serie de pasos, sirve de molde con el que se forman las proteínas apropiadas. (...) Pero la mayoría de ellas son nocivas. (...) Cuantos más errores del ADN se acumulan, más son las proteínas defectuosas que se producen, y más las células que funcionan mal y mueren. (...) Daño de los radicales libres. Una segunda teoría del daño aleatorio señala a los efectos secundarios del metabolismo celular como los culpables de producir el daño celular y la muerte. (...) Estas sustancias dañinas pueden impregnar y cubrir las membranas de otras células, dificultando su funcionamiento y provocándoles la muerte (ver figura 2). También pueden producir un daño interno, y afectar al ADN de las células. Se piensa que los responsables de esta destrucción son unos fragmentos moleculares llamados radicales libres, que las células arrojan en miles de millones en nuestro cuerpo. Existen pruebas que avalan la idea de que los radicales libres desempeñan algún papel en el proceso de envejecimiento. Los complementos alimenticios de antioxidantes como las vitaminas C y E, que neutralizan a esas sustancias, pueden prolongar la vida de los animales (...).

Teorias del envejecimiento programado. Las teorías del daño aleatório suponen que no existe ningún plan general al que se ajusten el envejecimiento y la muerte. Existe outra idea, igualmente razonable: el envejecimiento, como el crecimiento, está programado y calculado. Los defensores de las teorias del envejecimiento programado difieren respecto a la ubicación del temporizador del envejecimiento, sobre qué lo pone en marcha y sobre qué lo hace funcionar. Pêro convienen en que el carácter ordenado y predecible de los câmbios que experimentamos a medida que avanzamos en nuestra edad indica que el envejecimiento se produce según un plan coordinado. (...) Es posible que en interior de cada célula haya um cronómetro del envejecimiento y la muerte.“ (Belsky, 2001: 67-69)

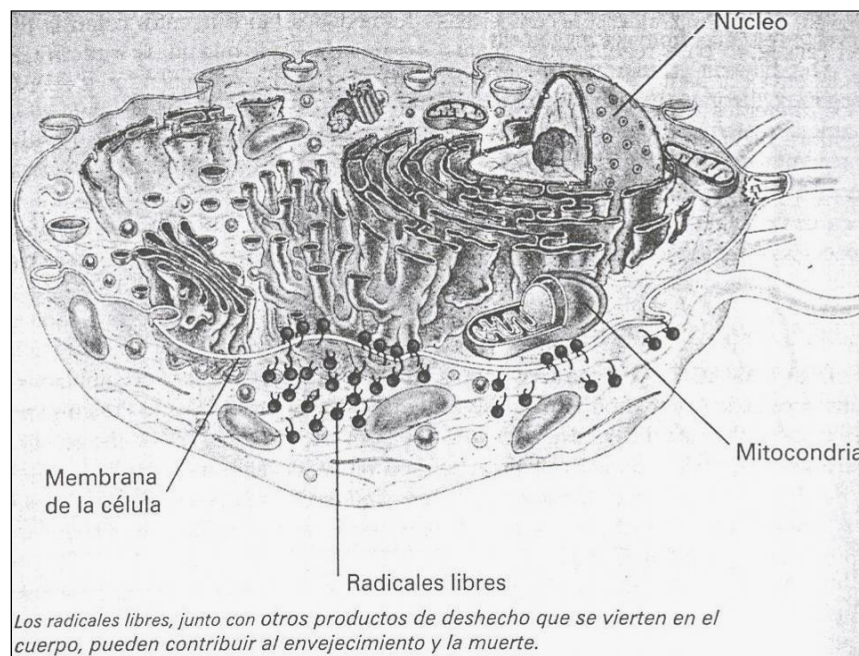


Figura 2: Excreción de radicals libres desde una célula

Fonte: Belsky, 2001: 69

5. A saúde mental no idoso

A capacidade que o cérebro humano apresenta é única.

Todavia, “tanta sofisticação tem um preço: por um lado, o cérebro necessita de uma alimentação constante, com uma exigência de débito sanguíneo e de oxigénio muito elevada e contínua (calcula-se em 20% do sangue que sai do coração). Por outro lado, uma insuficiência circulatória que dure mais de dez segundos pode causar uma perda de consciência (síncope). Vários factores, como a falta de oxigénio, valores anormalmente baixos de açúcar no sangue ou substâncias tóxicas, podem produzir uma disfunção cerebral em questão de segundos. Felizmente, o cérebro tem mecanismos de defesa que, de modo geral, são capazes de evitar tais problemas. (...) As funções do cérebro são tão admiráveis quanto misteriosas. No cérebro produzem-se o pensamento, as crenças, as recordações, o comportamento e o estado de espírito. É a sede da inteligência e o centro de controlo do organismo, coordena as faculdades do movimento, do tacto, do olfacto, do ouvido e da vista. (...) Revê todos os estímulos, quer procedam de órgãos internos, quer da superfície corporal, dos olhos, dos ouvidos e do nariz, e, em resposta a estes estímulos, corrige a postura corporal, o movimento dos membros e a frequência do funcionamento dos órgãos internos. (...)”

O cérebro é formado por massas de tecido pregueado e denso divididas em duas metades (os hemisférios cerebrais direito e esquerdo) que estão ligadas no centro por fibras nervosas conhecidas como o corpo caloso. O cérebro, por sua vez, divide-se em quatro lobos¹⁰: o frontal¹¹, o parietal¹², o occipital¹³ e o temporal¹⁴ (figuras 3 e 4).

- O lobo frontal controla a actividade motora aprendida, como a articulação da linguagem, o estado de espírito, o pensamento e a planificação do futuro.

Na maioria das pessoas, o lobo frontal esquerdo controla o centro da linguagem.

- O lobo parietal interpreta as sensações que recebe do resto do corpo e controla o movimento corporal.

- O lobo occipital interpreta a visão.

¹⁰ “parte arredondada e saliente de um órgão.” (Costa *et al.*, 2006: 1038)

¹¹ “osso ímpar e mediano localizado na parte anterior do crânio.” (Costa *et al.*, 2006: 803)

¹² “cada um dos ossos que formam os lados e a abóbada do crânio.” (Costa *et al.*, 2006: 1256)

¹³ “osso (ou ossos) que constitui o endoesqueleto dessa região, que, no homem é uma peça ímpar.” (Costa *et al.*, 2006: 1201)

¹⁴ “referente às regiões laterais da cabeça conhecidas por fontes da cabeça.” (Costa *et al.*, 2006: 1615)

▪ A memória e as emoções dependem dos lobos temporais, que permitem a identificação de pessoas e de objectos, processam e enquadram acontecimentos passados e iniciam a comunicação ou as acções.” (Manual Merck. Disponível em <http://www.manualmerck.net> [consultado em 29 de Setembro de 2006])

Quanto às alterações cognitivas no envelhecimento “Estudos neuropatológicos e de neuroimagiologia documentaram alterações amplas no cérebro humano com o envelhecimento. Existem alterações atróficas e da substância branca generalizadas, bem como variações regionais específicas na extensão da perda celular. No córtex, os lobos pré-frontais são desproporcionadamente afectados pelas alterações do envelhecimento, enquanto as áreas de associação temporoparietais são menos afectadas. (...) Algumas das alterações comportamentais registadas com o envelhecimento, tais como a lentificação do processamento da informação e da resposta, podem estar relacionadas com alterações generalizadas, tais como a diminuição do volume do cérebro e da densidade da substância branca.” (Spar, La Rue, 2005: 38-39).

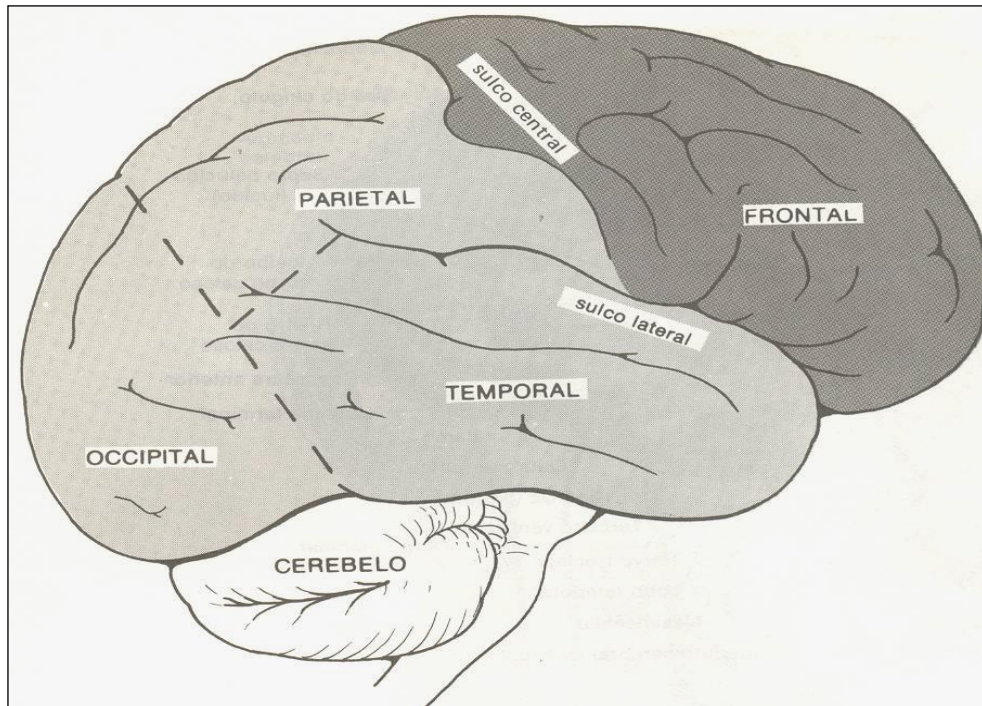


Figura 3 - Lobos do córtex cerebral, vista lateral direita.

Fonte: Lossow, 1982: 220

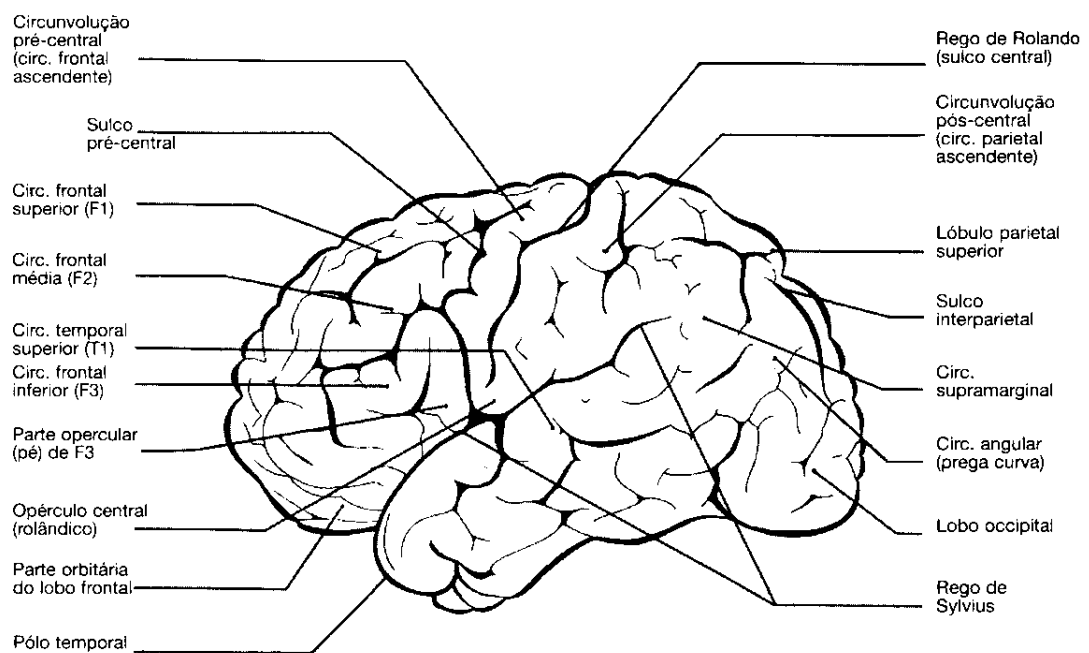


Figura 4 - Aspecto lateral do cérebro (face externa do hemisfério esquerdo). (Segundo R. Nieuwenhyus, J. Voogd e C. van Huijzen: *The Human Central Nervous System*. Springer, Heidelberg, 1981)

Fonte: Habib, 2003: 68

Para compreender a saúde mental, na idade adulta avançada, Silva (2005: 153-154) expõe que se “terá de atender ao percurso feito pelo indivíduo ao longo da vida: como foi experimentando emoções e afectos, como foi resolvendo conflitos e adaptando-se, como foi correspondendo às vicissitudes que a vida lhe trouxe. A saúde mental na velhice deverá ser entendida, tal como o envelhecimento, como um processo, em que múltiplos factores intervêm – de ordem física, psicológica e social. Enquanto componentes deste processo, admitem-se valências negativas associadas a emoções negativas como ansiedade, depressão e falta de controlo emocional e comportamental, mas também valências positivas como as emoções positivas, os laços afectivos e o bem-estar psicológico. (...) O homem vai, ao longo da velhice, confrontando-se com os desafios próprios do processo de envelhecimento (...).

Com saúde mental [o estado de saúde não consiste somente em não estar doente; uma boa saúde pode ser definida como a posse e a manutenção do mais alto estado de vigor mental (bem como de vigor físico)], torna-se possível realizar projectos pessoais de índole variada, de acordo com novos interesses ou interesses que se inscrevem na história de vida, e gozar, na velhice, o clima do verão índio – na versão portuguesa, o Verão de São Martinho -, repleto de emoções amenas e afectos gratificantes no contexto de inter-relações pautadas pela reciprocidade.”

6. Envelhecimento Patológico

O sistema nervoso dito “normal” é constituído pelo conjunto dos elementos nervosos (encéfalo¹⁵, espinal medula¹⁶ e tecidos¹⁷) que se encontram em estreita conexão, ordenando as várias actividades de um indivíduo em relação com o mundo exterior.

¹⁵ “conjunto de todas as partes do sistema nervosa central que estão alojadas no crânio.” (Costa *et al.*, 2006: 617)

¹⁶ Também designada de Medula Espinhal é a “parte do sistema nervoso contida no canal raquidiano.” (Costa *et al.*, 2006: 1095)

¹⁷ “conjunto de células especializadas no mesmo sentido e associadas com o fim de realizarem uma determinada função. Os tecidos constituem as várias partes e órgãos do corpo. Todo o organismo se forma a partir de uma célula única (o ovo), mas, à medida que p desenvolvimento se dá, as novas células produzidas a partir daquela constituem tecidos de características e complexidades diferentes é costume dividir os tecidos em cinco grupos: 1. Tecidos epiteliais, que incluem as células que revestem a pele e as membranas mucosas (...). 2. Tecidos conjuntivos, que compreendem o tecido conjuntivo propriamente dito, o tecido adiposo, o tecido ósseo, o tecido cartilágneo, etc. 3. Tecidos musculares (músculos). 4. Tecidos nervosos (nervos). 5. Tecidos líquidos (sangue e linfa). (...)” (Comrie, Thomson. Vol. II, 1951: 1435)

“O Sistema Nervoso é constituído em parte por células¹⁸ e em parte por fibras¹⁹, que são, cada uma, um prolongamento de uma célula nervosa.

O encéfalo e a medula espinhal são frequentemente designados por Sistema Nervoso Central; os nervos que dele partem são chamados nervos cerebrosinais, ou periféricos. (...).

As células nervosas originam ou recebem impulsos e impressões de vários tipos, que delas são transmitidos aos músculos, vasos sanguíneos, etc. através de nervos *eferentes*²⁰, ou que por elas são recebidos por intermédio de nervos *aférentes*²¹ que partem da pele, dos órgãos dos sentidos, das articulações, etc. (...).

As células nervosas dão origem às fibras nervosas e encontram-se na substância cinzenta do cérebro e da medula espinhal. Calcula-se que só no cérebro haja 600.000.000 destas células. (...) Cada fibra nervosa tem a sua origem numa célula nervosa e termina num órgão definido, para o qual conduz, ou do qual recolhe, uma forma especial de impulso nervoso. (...)” (Comrie, John D., Thomson, William A. R. 1951: 1023-1025).

No ponto oposto, o sistema nervoso patológico encerra em si um estado e saúde anormal ou desviante. São exemplo as demências.

6.1. Demências

Explica Jiménez que a demência “es un síndrome que abarca un extenso grupo de enfermedades neurodegenerativas, existiendo más de 55 causas de demencia. (...) entre los diferentes tipos de demencia, en el 50% de los casos la EA²² es la causa más frecuente, seguida por la demencia Vascular (DV) y por otros tipos de demencias como, por ejemplo, la demencia mixta de EA y DV²³, DFT Demencia²⁴, Demencia de Cuerpos de Lewi (DCLw), la enfermedad de Huntington (EH).” (2004: 698)

¹⁸ “À letra «pequenas celas», são as partículas que constituem os elementos primordiais dos tecidos, isto é, as divisões estruturais mais pequenas. (...)” (Comrie, Thomson. Vol. I, 1951: 276)

¹⁹ Fibra: “elemento de forma alongada que entra na constituição de numerosos tecidos do organismo.” (Comrie, Thomson. Vol. I, 1951: 611)

²⁰ “que conduz um impulso de um centro nervosa para a periferia.” (Costa *et al.*, 2006: 591)

²¹ “que conduz um impulso a um centro nervoso.” (Costa *et al.*, 2006: 50)

²² Enfermedad de Alzheimer.

²³ Demencia Vascular.

²⁴ FrontoTemporal.

Também Nunes (2005: 11) define a demência como “o declínio de funções cognitivas, incluindo memória, capacidade de raciocínio e de julgamento, na ausência de delírio ou obnubilação de consciencia, e persistente por um período não inferior a seis meses”. Refere ainda que a “demência de Alzheimer representa 60 a 70%” dos casos de demência, existindo, no entanto, múltiplas outras causas de síndrome demencial, susceptíveis de causar uma deterioração cognitiva e emocional de gravidade suficiente para interferir nas actividades de vida diária e na qualidade de vida.

A demência é, sobretudo, uma patologia do envelhecimento, reflectida no acentuado aumento da sua prevalencia nos grupos mais idosos. Se a demência é devida ao envelhecimento ou relacionada com esse mesmo envelhecimento é uma questão ainda não totalmente clarificada, a pesar do comprovado aumento de prevalencia nos grupos de idade mais avançada.” (2005: 11)

Deste modo, também Barreto mostra que a demência é “classicamente, uma situação adquirida e permanente de défice global das faculdades mentais, abrangendo por tanto as capacidades (incluindo a senso-percepção e a comunicação), afectivas e volitivas, o comportamento e a personalidade. (...) Na prática, quando se fala em demência tem-se em especial atenção o conjunto de alterações que afectam a esfera cognitiva, por serem essas as perturbações que mais precocemente chamam a atenção dos familiares e dos clínicos. Mas, tarde ou cedo, outros domínios da vida mental são atingidos e o funcionamento do organismo no seu todo acaba por ser afectado.

A classificação psiquiátrica americana conhecida por DSM-IV estipula como critérios de demência (abreviadamente) os que aparecem na Tabela 4.

Crítérios de Demência do DSM-IV
▪ Défice cognitivo múltiplo, afectando a memória e causando ainda um, pelo menos, dos seguintes sintomas: afasia ²⁵ , agnosia ²⁶ , apraxia ²⁷ ou disfunção executiva.
▪ Deterioração sensível do funcionamento social, relativamente ao nível prévio.
▪ Não surgindo exclusivamente no decurso de estado confusional ou doença depressiva.

Tabela 4 – Crítérios de Demência - classificação psiquiátrica americana.

Fonte: Barreto, 2005: 28

Já na classificação internacional das doenças, a ICD-10, a definição parece mais precisa (Tabela 5).” (2005: 27-28)

Crítérios de Demência do CID-10
▪ Síndrome causada por doença cerebral, geralmente progressiva, afectando a memória e uma ou mais funções cognitivas superiores, como pensamento abstracto, orientação, compreensão, cálculo, aprendizagem, linguagem e juízo.
▪ Sem alteração do nível de consciência ou alerta.
▪ Em geral afectando o controlo emocional, comportamento social ou motivação.
▪ Em geral com interferência nas actividades de vida diária, dependendo do ambiente cultural e social do paciente.

Tabela 5 – Crítérios de Demência - classificação internacional das doenças.

Fonte: Barreto, 2005: 28

Quando se fala em demências “tem-se geralmente em vista a mais frequente delas todas, a doença de Alzheimer: só ela afecta cerca de 60% dos doentes demenciados no nosso país. Mas outras entidades devem ser mencionadas como causa de demência.” (Barreto, 2005: 28)

²⁵ Afasia é a “perda total ou parcial da função da palavra.” (Costa *et al.*, 2006: 49); a “afasia acentua-se, ficando a linguagem restrita a poucas palavras; o doente perde pouco a pouco a capacidade de comunicar verbalmente com os seus.” (Castro-Caldas, Mendonça, 2005: 32)

²⁶ Agnosia é a “dificuldade em interpretar uma informação sensorial, levando à incapacidade de reconhecer os objectos e os lugares, de identificar os sons e os cheiros, etc. Ao perder a capacidade de reconhecer rostos, o doente deixa de identificar correctamente as pessoas que o rodeiam. O doente fica assim num mundo cada vez mais estranho e confuso.” (Castro-Caldas, Mendonça, 2005: 32)

²⁷ Apraxia “vem a ser a dificuldade de organizar actos motores intencionais. O doente mostra crescente dificuldade em abrir uma porta ou vestir-se, acabando por não ser capaz de o fazer.” (Castro-Caldas, Mendonça, 2005: 32)

Demências	
Degenerativas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença de Alzheimer ▪ Demência de corpos de Lewy ▪ Demência frontotemporal ▪ ...
Vasculares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multienfartes ou “enfartes estratégicos” ▪ Lacunar e subcortical – leucoencefalopatia isquêmica ▪ ...
Outras	▪ Alcoólica, Pós-traumática, Pós-encefálica; Sida...

Tabela 6 – Classificação abreviada das demências.

Fonte: Barreto, 2005: 29

7. Patologias incapacitantes na velhice: a dependência

No que concerne às patologias inerentes à velhice, Silva – no estudo que desenvolveu sobre “Saúde Mental e Idade Avançada: uma perspectiva abrangente” – avança com uma definição de saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948), ao explicar que “(...) não se limita a considerar a ausência de doença mas também a presença de valências positivas que promovem a saúde. Por conseguinte, e dentro desta mesma óptica, o próprio conceito de saúde mental apresenta uma evolução que vai no mesmo sentido, ou seja, não se limita a focar a ausência de sintomas associados a doença mental mas também a presença de emoções e sentimentos positivos associados ao bem-estar. Ainda no âmbito das propostas da OMS, a saúde é compreendida numa perspectiva multidimensional abarcando aspectos que se referem ao físico, ao psicológico e ao social.” (Paul, Fonseca, 2005: 137-138).

Neste sentido, Imaginário (2000:13) defende que “(...) podem verificar-se alterações a nível psicológico, dado que as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear perturbações mentais ou comportamentais. É sabido que os idosos são muitas vezes alvo de situações de discriminação social; unicamente com base na idade cronológica que, segundo a Organização mundial de Saúde (OMS), nomeia como idoso qualquer indivíduo com 65 e mais anos.” Ainda de acordo com esta autora (2000: 5), “Em séculos passados, o envelhecimento era considerado um acontecimento excepcional, encarado com respeito e orgulho. Hoje, tornou-se um

problema delicado nos países ocidentais desenvolvidos. O envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas ou outras provocadas pela idade.”

As patologias incapacitantes consubstanciam-se numa panóplia de doenças cujas respectivas causas – e, simultaneamente, sequelas - tornam inaptos e/ou impossibilitam física e mentalmente os seus portadores, independentemente da idade.

Quer isto dizer, que a idade não é factor decisivo para ser portador de uma patologia incapacitante; todavia, é de sublinhar que esta situação é prevalente nos idosos.

Com efeito, no entender de Santos (citado por Imaginário, 2000: 47) “A maior parte das pessoas desfrutam de uma saúde que lhes permite viver de uma forma independente.”. Há independência “quando se consegue alcançar um nível aceitável de satisfação das necessidades, através de acções adequadas que o indivíduo realiza por si mesmo, sem a ajuda de outra pessoa.”

Um “nível aceitável de satisfação”, nas palavras de Phaneuf (citado por Imaginário, 2000: 47), “é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estado satisfatório de bem-estar.”.

Para Diniz (citado por Imaginário, 1993: 47) “(...) a inactividade conduz à deficiência, limitação funcional e dependência”.

Actualmente, a necessidade de um estudo profundo sobre o envelhecimento e sobre os idosos estende-se a vários domínios do saber e requer uma cumplicidade de conhecimentos com particular relevância para o campo da saúde mental.

Capelo (citado por Imaginário, 2000: 47) num estudo que efectuou num Centro de Saúde da área da grande Lisboa verificou que “(...) as doenças crónicas²⁸ que mais acometem a população idosa são a diabetes²⁹, as cardiopatias³⁰, os problemas osteo-articulares³¹, estas duas com igual frequência, seguidas da hipertensão arterial³², da

²⁸ “Processo mórbido que pode evoluir (...) lenta e prolongadamente (doença crónica.)” (Comrie, Thomson. Vol. I, 1951: 439)

²⁹ “doença caracterizada por excesso de glicose no sangue, devido a perturbação do metabolismo do açúcar, e cujos sintomas principais são sede, formação exagerada de urina e emagrecimento.” (Costa *et al.*, 2006: 550)

³⁰ Cardiopatias é o “nome genérico das doenças do coração. O termo é especialmente empregado nas doenças congénitas (cardiopatias congénitas) e nas afecções das válvulas do coração (cardiopatias valvulares).” (Comrie, Thomson. Vol. I, 1951: 259)

³¹ “referente aos ossos e às articulações.” (Costa *et al.*, 2006: 1227)

³² “Aumento da tensão arterial. (...)” (Comrie, Thomson. Vol. I, 1951: 760)

amputação de membros, da cegueira, da paraplegia³³, do cancro, da doença renal e por fim da marginalização social.”

Da verificação de uma destas situações destaca-se uma realidade que é comum a todas elas, e à qual Imaginário (2000: 48) designa de “(...) medos crescentes. É lógico pensar que a dependência dos idosos se deva a um declínio físico, no entanto, factores psicológicos e sócioambientais são responsáveis em alguns idosos pelo declínio da sua capacidade funcional.”

Da vasta panóplia de patologias incapacitantes, podemos destacar, pelo menos, as seguintes, a saber:

7.1. “Gota” ou Reumatismo Gutoso

Constitui uma modalidade dos problemas reumáticos, que compromete a mobilidade do idoso.

A “Gota” “É uma doença constitucional ligada ao excesso de ácido úrico no sangue e que se manifesta por inflamação das articulações, em que há depósito de urato de sódio, e também por processos mórbidos em vários órgãos importantes. O termo “gota”, usado pela primeira vez nos fins do século XIII, derivou do latim “gutta”, através do francês “goutte”, em referência à antiga doutrina patológica (que no caso presente parece ser a correcta) do escoamento lento de substâncias nocivas existentes no sangue para dentro das cavidades articulares.” (Comrie e Thomson, 1951: 688-689).

7.2. Dependência por atingimento sensorial

Assaz incapacitantes, a cegueira e a surdez conduzem a uma grande solidão, muito particularmente a surdez.

“Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% da população mundial

³³ “Paralisia dos membros inferiores, geralmente acompanhada por paralisia da bexiga e do recto.” (Comrie, Thomson. Vol. II, 1951: 1131)

tem algum défice auditivo. Já a chamada "surdez severa" incide em uma em cada mil pessoas nos países desenvolvidos e em quatro em cada mil nos países subdesenvolvidos.

O ouvido é o órgão que capta esse som, transforma-o em estímulos eléctricos e os envia ao nervo auditivo, para que cheguem ao cérebro. Ali, eles são decodificados como uma palavra, ou como uma canção. Quando esse precioso mecanismo apresenta falhas, surgem as deficiências auditivas, que podem ter vários graus e culminar na surdez total.

A surdez tem a sua classificação de acordo com a área do ouvido que apresenta a deficiência. Quando ela está relacionada a problemas do ouvido interno, cóclea, labirinto ou nervo auditivo (que transmite as informações geradas no ouvido até o cérebro), chama-se surdez neurossensorial. Normalmente é de difícil tratamento e possui intensidades variadas. Muitas vezes é total.” (“Surdez”, disponível em <http://www.psiqweb.com.br> [consultado em 25 de Novembro de 2005])

7.3. Dependência por problemas físicos crónicos

Refere-se a diversos tipos de insuficiências – cardíacas, renais, hepáticas.

Portugal é imensamente atingido pela “Diabetes Mellitus”, a causadora de muitas destas insuficiências.

De acordo com Comrie e Thomson (1951: 403) “Diabetes Mellitus, Glicosúrica ou Açucarada: perturbação constitucional em que o poder dos músculos e de outros tecidos para utilizar o açúcar com fins de nutrição se encontra grandemente diminuído ou perdido, como resultado da falta de insulina, a secreção interna do pâncreas. Em consequência deste facto, aparecem vários sintomas característicos, enquanto que o açúcar se acumula no sangue e é excretado pela urina, não sendo, pois, aproveitado pelo organismo.”

7.4. Dependência por doença oncológica em fase terminal

Tem repercussões em todos os aspectos da vida do idoso: físicos, psicológicos e sociais.

Para Dias (2002: Prefácio) “Os territórios da Psicologia Oncológica são territórios de experiência humana intensos, densos e dolorosos. (...) Cancro equivale a desordem. Não a uma mera desordem fisiológica que, já por si, é suficientemente dramática, mas a uma desordem de outras ordens do viver, do sentir e do pensar.”

7.5. Dependência por doença psiquiátrica

(A) Perturbação obsessivo-compulsiva e a Esquizofrenia, quando aparecem pela primeira vez na velhice, podem ser incapacitantes. Todavia, se são pré-existentes não pioram forçosamente com a idade.

Sobre a perturbação obsessivo-compulsiva diz-nos Spar e La Rue (2005: 215) “O início tardio da perturbação obsessivo-compulsiva parece ser bastante raro, mas os doentes idosos podem ter este quadro durante muitos anos e só procurarem atenção médica quando alterações supervenientes relacionadas com a idade ou uma perturbação do humor ou demência sobreposta os forçam a serem tratados.”

Sobre a esquizofrenia, Spar e La Rue (2005: 259) esclarecem que “Não é claro se esta evolução está relacionada somente com a história natural da perturbação ou se é significativamente agravada pelos efeitos debilitantes da terapia neuroléptica crónica (...) e pelos ambientes empobrecidos em que envelhece a maioria dos doentes com esquizofrenia crónica.”

Os autores (2005: 24) explicam ainda que “As pessoas idosas com perturbações mentais constituem um subgrupo significativo da população da terceira idade. (...) Os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos jovens. Contudo, certos estados são especialmente notáveis na terceira idade, quer devido ao aumento da prevalência, quer a mais elevada morbilidade.”

(B) Depressão (reactiva)

A depressão reactiva é-o relativamente à falta de objectivos e de afectos pode levar à dependência, e, muitas vezes, ser confundida com a própria demência. (i)

“A depressão na terceira idade tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e dos prestadores de cuidados (...), o aumento da taxa de mortalidade relacionada com suicídio e doenças do foro médico (...). Devido à gravidade destas consequências, a depressão geriátrica tem sido considerada como um dos principais problemas de saúde pública (...), mas apesar disso continua a ser subdiagnosticada e subtratada, especialmente quando ocorre no contexto de múltiplos problemas médicos (...). A depressão mayor é a forma mais grave de perturbação do humor no idoso. A prevalência da depressão mayor varia (...), parecendo aumentar com a idade (...). A depressão é responsável por mais de 60% dos internamentos em unidades de psiquiatria geriátrica e ocorre em cerca de 30% dos doentes idosos com doenças do foro médico agudas e crónicas, e em cerca de 15% dos que residem em lares.” (Spar e La Rue 2005: 71-72)

(i) Demência: “A Demência não é apenas um tipo de doença, ela é considerada uma síndrome, ou seja, é um grupo de sinais físicos e sintomas que a pessoa apresenta, estando presente em várias doenças diferentes. Assim, como uma síndrome a demência apresenta três características principais (Tabela 7):

- **Prejuízo da memória:** Os problemas de memória podem ser desde um simples esquecimento leve até um prejuízo severo a ponto de não se recordar da própria identidade.
- **Problemas de comportamento:** Normalmente caracteriza-se por agitação; insônia, choro fácil; comportamentos inadequados; perda da inibição social normal; alterações de personalidade.
- **Perda de habilidades:** São as habilidades adquiridas durante a vida, tais como, organizar os compromissos, dirigir, vestir a roupa, cuidar da vida financeira, cozinhar, etc.

Tabela 7: Características da demência.

Fonte: <http://www.psiqweb.med.br>

Existem muitas doenças ou alterações orgânicas capazes de levar a um quadro demencial. Muitas dessas causas relacionadas à demência são reversíveis, principalmente o uso prolongado de alguns medicamentos, como por exemplo, drogas usadas para hipertensão arterial, diuréticos, alguns hipnóticos. A depressão também pode estar associada à demência. Muitas vezes, diferenciar a demência da depressão é uma tarefa difícil e que apresenta muitos obstáculos. Outras doenças relacionadas com a demência são: doenças vasculares do sistema nervoso central - SNC³⁴, doenças infecciosas, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, sífilis e HIV³⁵ no SNC, doenças degenerativas do SNC, etc.” (“Demências”, disponível em <http://www.psiqweb.med.br> [consultado em 25 de Novembro de 2005])

³⁴ Sistema Nervoso Central.

³⁵ Human Immunodeficiency Vírus.

(C) Demência dos Corpos de Lewy

A demência dos Corpos de Lewy (DCL) ou doença difusa dos corpos de Lewy, é cada vez mais reconhecida como uma causa frequente da demência no idoso.

Spar e La Rue (2005: 186) explicam que “a demência dos corpos de Lewy (...) é um estado demencial progressivo e degenerativo com características clínicas e patológicas sobreponíveis às da doença de Alzheimer e da doença de Parkinson. O seu estudo nosológico preciso continua a ser controverso, dado que algumas autoridades no assunto a consideram como uma variante da doença de Alzheimer e outras como estado claramente diferente. Isto conduziu ao uso de várias designações para este estado, entre as quais *demência senil dos corpos de Lewy* e *doença dos corpos de Lewy*.”

7.6. Dependência por doença neurológica

(A) Doença de Parkinson

É uma doença neuro-degenerativa.

“As doenças degenerativas do sistema nervoso central são caracterizadas por morte neuronal de evolução gradual e insidiosa, mas progressiva e irreversível. Na grande maioria dos casos os factores desencadeantes são ainda desconhecidos pela ciência médica. Um grande número de doenças degenerativo está associado a uma transmissão genética, com herança dominante ou recessiva enquanto que outras doenças ocorrem de forma esporádica em casos isolados de uma família. As doenças hereditárias e/ou degenerativas, pelo facto de ignorarmos a etiologia ou a patogenia, são geralmente classificadas conforme as síndromes clínicas, como a doença de Parkinson e a doença de Alzheimer, dentre outras.” (“Doenças Neurodegenerativas”, disponível em <http://www.psiqweb.med.br> [consultado em 25 de Novembro de 2005])

(B) Demência de Alzheimer

E tem-se registado como a mais comum das demências. Perda ou diminuição da memória não é sinónimo de que o indivíduo vá sofrer de uma patologia deste tipo.

“A doença de Alzheimer é uma enfermidade que foi identificada há cem anos. Foi Alois Alzheimer médico e investigador alemão, que publicou a primeira descrição clínica de um caso, ocorrido numa paciente de cerca de 60 anos de idade. Após a sua morte, teve ele a oportunidade de examinar o seu cérebro. Aí deparou com alterações degenerativas do tecido nervoso, muito mais graves e extensas do que se pode encontrar em indivíduos normais dessa idade, as quais considerou estarem na origem da perturbação. O cérebro denotava atrofia difusa, bem patente nas camadas exteriores que se denominam córtex. Ao microscópio pode Alzheimer encontrar grande número de formações dispersas que denotavam destruição neuronal difusa e deposição de uma substância característica, que veio mais tarde a ser conhecida por beta-amilóide. A tais estruturas foi dado o nome de placas senis. Por outro lado, alguns neurónios ostentavam alterações intracelulares que se assemelhavam a tranças. A doente vinha a apresentar desde há alguns anos uma perda progressiva de memória, e acentuada deterioração da linguagem e de outras funções mentais superiores, situação que era designada há bastantes anos por demência. (...)” (Quaresma, Pitaud, 2007: 19)

(C) Demência Vascular

“A demência vascular é a segunda causa mais comum de demência. Ela tende a apresentar um início um tanto mais precoce que a Doença de Alzheimer e, ao contrário da doença de Alzheimer, os homens são mais frequentemente afectados que as mulheres. O início da Demência Vascular é tipicamente súbito, seguido por um curso flutuante e gradativo, caracterizado por rápidas alterações no funcionamento, ao invés de uma progressão lenta. O curso, entretanto, pode ser altamente variável, e um início insidioso com declínio gradual também é encontrado. Para o diagnóstico de demência vascular deve haver evidências laboratoriais de doença cerebrovascular consideradas relacionadas com a demência.” (“Doenças Neurodegenerativas”, disponível em <http://www.psiqweb.med.br> [consultado em 25 de Novembro de 2005])

(D) Demência Fronto-Temporal

De acordo com Spar e La Rue (2005: 181), demência fronto-temporal “é uma

expressão usada para descrever um grupo de perturbações que têm em comum um padrão de degenerescência relativamente focal dos lobos frontal e temporal do cérebro. (...)” Touchon e Portet (2002:117) referem a este propósito que “(...) a demência frontotemporal está longe de ser rara. Em termos de frequência, é a segunda ou terceira causa de demência degenerativa. (...) Traduz-se, antes de mais, por perturbações da personalidade e do comportamento. As perturbações cognitivas vão aparecendo progressivamente: défice da atenção, perturbações das capacidades de execução e afasia dominam o quadro clínico. (...)”

(E) AVC

O AVC, acidente vascular cerebral, é um acidente neurológico, e para Martins (2006: 5, 11) “(...) constitui a primeira causa de morte em Portugal. (...) Uma larga percentagem dos que sofrem um AVC morre no primeiro mês, continuando muitos dos restantes a falecer até um ano após o AVC. Para os que não morrem as sequelas são relativamente frequentes, graves e variadas, com manifestações motoras ou cognitivas, a par de manifestações emocionais e consequências sociais. (...)”

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída, devido a uma interrupção, ou bloqueio da irrigação sanguínea. Esta lesão provoca o aparecimento súbito de sintomas e sinais focais neurológicos que perduram para além das 24 horas, a não ser que a morte ocorra (...). O AVC pode ocorrer em sequência de enfarte ou de hemorragia cerebral (...). Apesar desta patologia afectar indivíduos de todas as idades, três quartos dos novos episódios de AVC ocorrem em indivíduos com 65 ou mais anos (...).”

7.7. Dependência causada pela arteriosclerose

A arteriosclerose consiste no envelhecimento gradual e natural, ao longo da vida, das artérias. A saber: há uma perda gradual de elasticidade dos vasos sanguíneos.

Diferente é a “aterosclerose”.

“Esclerose” “significa à letra “endurecimento” e aplica-se este termo aos estados patológicos em que porções de órgãos se tornam duras e inúteis como resultado de uma produção excessiva de tecido conjuntivo (arteriosclerose, esclerose em placas, etc.). Quando uma modificação deste género se produz em certos órgãos, como os pulmões ou o fígado, recebe os nomes especiais de fibrose ou de cirrose. Estas condições são geralmente atribuídas a qualquer forma de inflamação crónica.” (Comrie, Thomson, 1951: 515).

7.8. Dependência causada pela aterosclerose

A aterosclerose, por seu turno, consiste na deposição de placas de gordura – a que se dá o nome de “ateromas”³⁶ – nas paredes das artérias, facilitando a estenose das mesmas. Por “estenose” designa-se “o estreitamento anormal de qualquer passagem ou orifício do corpo. O mesmo que aperto. (...)” (Comrie, Thomson, 1951: 536).

A degradação progressiva e acelerada das paredes dos grandes vasos arteriais pode culminar num acidente vascular, em morte súbita, ou, noutras circunstâncias, pode favorecer o aparecimento da hipertensão arterial.

A doença aterosclerótica – contrariamente à arteriosclerose, que é um processo natural – está profundamente ligada ao estilo de vida de cada um.

8. Suicidalidade

Enquanto experiência individual, a morte faz parte do desenvolvimento normal e natural de todo o ser humano.

Com efeito, todos nós seres humanos, saímos da vida, tal qual entramos nela: constrangidos por essa sensação penosa, de sofrimento em que se consubstancia a dor. E, deste modo, a morte exprime o carácter limitado da própria vida.

Diferente do fenómeno normal e natural, numa outra faceta, está a morte

³⁶ “placa que se forma na parede interna das artérias, por deposição de colesterol, e que pode calcificar-se ou ulcerar-se numa fase posterior.” (Costa *et al.*, 2006: 182)

provocada: o suicídio.

Sublinhe-se que “Em Portugal, no séc. XX, a taxa de suicídio apresenta uma oscilação, com taxas elevadas (1931-1941/ 1975-1983) e taxas baixas (1942-1975/ 1985-1995. Em 1996 registaram-se 6.6 suicídios por cada 100.000 habitantes, o que aproximadamente representa 800/ano. Curiosidade: o distrito de Beja apresenta a maior taxa de suicídio a nível Europeu. A taxa de suicídio no nosso país incide de uma forma significativa nas regiões a Sul do Tejo, apresentando um valor 3 a 5 vezes superior ao resto do país. Alguns dos factores apontados para esta discrepância são: I) Carências sócio-económicas da Região; II) Vulnerabilidade Biológica para a Depressão (casamentos consanguíneos); III) Menor Religiosidade. Estudos demonstram que o método mais utilizado em tentativas de suicídio nas mulheres e adolescentes é a intoxicação medicamentosa, enquanto que nos homens e idosos o mais frequente é a tentativa por enforcamento.” (dados retirados das “II Jornadas de Saúde Mental no Idoso”, Coimbra, 6 de Dezembro de 2003)

O suicídio é uma realidade actual e presente na vida de muitos idosos.

Spar e La Rue mostram precisamente isso: “Nos EUA 1 em cada 5 suicídios envolve um adulto com idade igual ou superior a 65 anos (...). Esta elevada taxa de suicídio deu origem a um relatório do *Surgeon General* especificamente dirigido aos adultos mais idosos com intentos de prevenção (...). Os adultos brancos, do sexo masculino e idosos têm maior risco de suicídio, seguidos pelos afro-americanos do sexo masculino; a terceira taxa de suicídio mais elevada é das mulheres brancas e idosas. Outros factores de risco incluem doenças do foro médico, especialmente cancro e perda de um ente querido. Os adultos idosos empregam frequentemente métodos mais letais do que os adultos mais jovens e têm menor probabilidade de exprimirem directamente a ideação suicida ou de terem história de tentativas de suicídio. Apesar da importância óbvia de se avaliar a suicidalidade em pessoas idosas, foram desenvolvidas muito poucas entrevistas ou escalas de avaliação para auxiliar a detecção do aumento do risco de suicídio em idosos. A Beck Hopeless Scale (...), um curto inventário verdadeiro-falso, pode ser útil para este fim, e estão disponíveis normas que incluem alguns adultos mais idosos; uma nova escala de ideação suicida foi desenvolvida por Beck e colaboradores, mas ainda não foi adequadamente estudada com adultos mais idosos. (...).” (2005: 99-100)

9. Quando nos tornamos dementes?

A demência na perspectiva de Charazac (2004: 55) deve ser analisada “(...) no singular porque considera que a pessoa do demente é irreduzível à descrição médica da sua doença.”

Tornamo-nos dementes “(...) quando o exame clínico detecta perturbações mnésicas associadas a pelo menos uma das quatro manifestações a seguir apresentadas: alteração do pensamento abstracto; alteração do julgamento, outra perturbação das funções superiores tal como a afasia, a apraxia, ou a agnosia; uma alteração da personalidade.” (Charazac, 2004: 55)

Ainda segundo o autor (2004: 56), “O psiquiatra não considera a demência uma soma de défices, mas sim uma desorganização progressiva da pessoa que atinge tanto as suas funções somato-psíquicas quanto a sua relação com os outros, nomeadamente a sua capacidade para utilizar a ajuda oferecida pelo meio. Quer se fale de deterioração quer de dissolução, desorganização, despsiquização ou psicólise, todos estes termos indicam que um pensamento e uma identidade se estão a desfazer.”

A respeito da dependência, que um estado demencial desencadeia, mostra-nos Charazac (2004: 60) que “O despacho de 13 de Março de 1985 sobre o vocabulário relativo às pessoas idosas, à reforma e ao envelhecimento define a perda de autonomia como «a impossibilidade de uma pessoa efectuar alguns gestos da vida corrente no seu meio habitual», e a dependência como «a situação de uma pessoa que, em virtude do seu défice anatómico ou de uma perturbação fisiológica, não pode executar funções e efectuar gestos essenciais para a sua vida quotidiana sem a ajuda de outras pessoas ou o recurso a uma prótese». Segundo a Classificação Internacional das Incapacidades publicada em 1993 pela OMS, uma incapacidade «corresponde a toda a redução parcial ou total da capacidade de realizar uma actividade de uma forma ou nos limites considerados normais para um ser humano». Para Ritchie (1996), a incapacidade mental caracteriza-se por dificuldades ao nível das funções cognitivas necessárias à execução de uma tarefa; e a dependência psicológica é definida como uma dependência devida a uma incapacidade mental cujas causas se podem classificar segundo a reversibilidade potencial da patologia subjacente.”

Um outro conceito de demência é-nos apresentado por Touchon e Portet (2002: XV): Tabela 8.

Conceito de demência
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A demência é caracterizada por uma deficiência adquirida do funcionamento cognitivo, que limita, progressivamente, as actividades sociofamiliares e profissionais do indivíduo. A evolução dá-se inevitavelmente no sentido do agravamento das perturbações cognitivas, do desenvolvimento de sintomas psicocomportamentais e neurológicos e da perda da autonomia. ▪ Fazemos a distinção, em função do processo causal, entre demências degenerativas e não degenerativas. ▪ A doença de Alzheimer é a forma mais frequente das demências degenerativas. ▪ A demência vascular é a forma mais frequente das demências não degenerativas. ▪ As demências mistas são definidas pela associação de um processo generativo com um processo vascular.

Tabela 8 – Conceito de demência.

Fonte: Touchon e Portet, 2002: XV

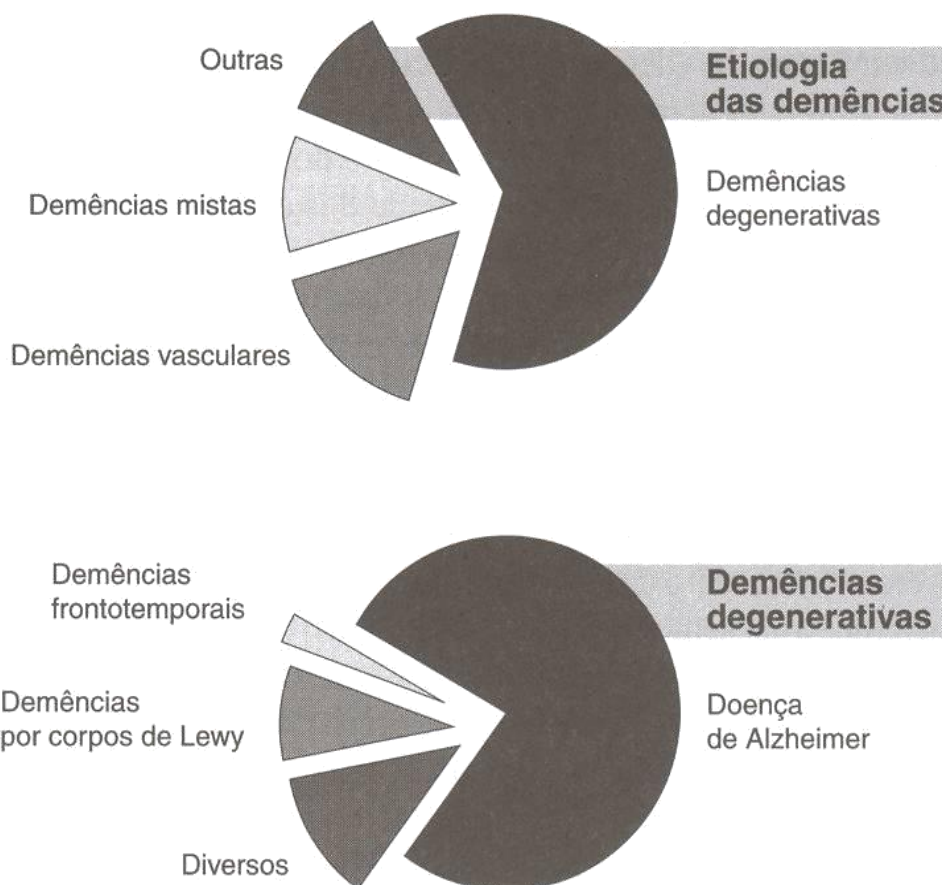


Gráfico 10: Etiologia das demências e demências degenerativas.

Fonte: Touchon e Portet, 2002: XVIII

CAPÍTULO II

10. A morte

O Código Civil Português Anotado (1987), com anotações de Doutrina³⁷, distingue, a propósito do *Termo da personalidade* (artigo 68.º), entre morte natural e morte presumida³⁸. A morte natural é aquela que aparece de modo espontâneo motivada pelo envelhecimento ou nos casos em que haja doença e que a isso conduza, e ainda por qualquer outro motivo.

A morte, em termos jurídicos, tem uma ingente relevância prática, na medida em que desencadeia uma panóplia de situações, merecedoras de regulamentação específica no campo do Direito e também, quando isso se repute necessário, no domínio das Ciências Médico-Legais, quando haja fundado receio de morte violenta: suicídio, homicídio, ou acidente.

No campo jurídico, a morte extingue, em primeiro lugar, a personalidade jurídica da pessoa humana, do indivíduo. Em segundo lugar, a morte atribui ao indivíduo uma nova qualificação, ao investi-lo numa nova situação jurídica, a de *de cujus*³⁹.

Em terceiro lugar, com a morte (principal pressuposto do fenómeno sucessório) dá-se a abertura do então chamado *fenómeno sucessório*, que, indubitavelmente, (tal fenómeno) vai gerar um turbilhão de consequências jurídicas, que se iniciam com a abertura da sucessão⁴⁰ e vão até à aceitação da herança⁴¹.

Não é, contudo, nossa pretensão fazer aqui uma exposição exaustiva sobre o *fenómeno sucessório*.

³⁷ “Designa-se assim o conjunto dos escritos publicados acerca de problemas jurídicos, designadamente comentários ou anotações a leis, lições universitárias, monografias, tratados, artigos de revista, pareceres e outros, à excepção das decisões dos tribunais. (...)” (Prata, 2008:562); Código Civil Anotado, Pires de Lima e Antunes Varela.

³⁸ Significa morte provável, suposta, isto é, que carece de prova nesse sentido. “O artigo 114.º, CC, estabelece que, “decorridos dez anos sobre a data das últimas notícia, ou passados cinco anos, se entretanto o ausente houver completado oitenta anos de idade, podem os interessados a que se refere o artigo 100.º requerer a declaração de morte presumida” (...). A declaração de morte presumida tem o seu processo regulado nos artigos 1110.º e segs., CPC (...)” (Prata, 2008: 936)

³⁹ “(...) Defunto, autor da sucessão.” (Prata, 2008: 453)

⁴⁰ “A sucessão de uma pessoa abre-se no momento em que ela morre. A abertura da sucessão é o momento fundamental de todo o fenómeno sucessório, já que é aquele em que o vínculo entre a pessoa e todo o seu património se extingue, ficando este apto a ser adquirido por outro. (...)” (Prata, 2008: 10)

⁴¹ “A aceitação da herança é a manifestação de vontade, expressa ou tácita, de aceitar a herança por parte de quem a ela é chamado. (...)” (Prata, 2008: 27)

*Apenas (re)lembrar que o **fenómeno sucessório** é regido, nos termos do art.º 12.º do Código Civil, pela lei vigente ao tempo da abertura da sucessão.*

*A **herança**⁴², que é um **património autónomo**⁴³, é ou pode ser constituída, simultaneamente, por um activo e por um passivo. De acordo com Sousa (1997), quando o **autor da sucessão**⁴⁴ morre e deixa dívidas, é esse mesmo património autónomo que responde por elas (**responsabilidade da herança**⁴⁵: art.º 2068.º do Código Civil). Acontece, porém, que havendo dívidas reputa-se ser imprescindível a elaboração prévia de um **inventário**⁴⁶ dos bens existentes (art.º 2071.º n.º 1 do Código Civil) na massa da herança. Isto porque só os bens que pertencem a essa mesma massa da herança é que irão responder pelas dívidas da mesma (art.º 2071.º n.º 2 do Código Civil).*

*Para efeitos de **sucessão**⁴⁷, co-existem duas classes: os sucessíveis e os sucessores.*

*Os **sucessíveis**⁴⁸ são aqueles que gozam apenas de uma **expectativa sucessória**. Ou seja, podem, em consequência dessa expectativa sucessória, vir a ser sucessores ou não (do de cujus ou autor da sucessão). Enquanto os **sucessores**⁴⁹ são aqueles que já não gozam de uma expectativa sucessória, mas sim de um **direito à sucessão** (quando se é chamado para **aceitar** ou para **repudiar**⁵⁰ uma **herança** é precisamente nessa fracção de tempo, e de acordo com a manifestação de vontade expressa nesse sentido, que se passa de **sucessível a sucessor**).*

10.1. O término da vida

A morte é um acidente natural na vida de qualquer ser vivo. É uma situação irreversível a partir do momento em que nascemos.

⁴² “É o objecto da sucessão: conjunto das relações jurídicas patrimoniais de que uma pessoa singular é titular ao tempo da sua morte e que, em consequência desta, se transmitem ao seus sucessores. (...)” (Prata, 2008: 709)

⁴³ “Património que tem um regime especial de responsabilidade por dívidas: trata-se de uma determinada massa de bens exclusivamente afectada ao pagamento de determinadas dívidas (...), é o caso, por exemplo, da herança (...)” (Prata, 2008: 1038)

⁴⁴ *De cujus.*

⁴⁵ “(...) situações patrimoniais passivas por que a herança é responsável, estão enumerados no artigo 2068.º CC (...)” (Prata, 2008: 595)

⁴⁶ “(...) O inventário pode ser requerido por qualquer interessado na partilha dos bens. (...) Aquele que requerer o processo de inventário deverá juntar logo documento comprovativo do óbito do autor da herança. (...)” (Prata, 2008: 817-818)

⁴⁷ “A sucessão traduz-se no investimento de alguém em direitos e obrigações pertencentes a outrem, sendo esses direitos os mesmos do anterior titular. (...)” (Prata, 2008: 1383)

⁴⁸ “Sucessível é todo aquele que pode suceder ao *de cuius*.” (Prata, 2008: 1385)

⁴⁹ “Sucessor, aquele (herdeiro ou legatário) que sucede em bens, direitos ou obrigações do *de cuius*.” (Prata, 2008: 1385)

⁵⁰ “Acto pelo qual uma pessoa chamada à sucessão de alguém declara não a aceitar. Pode repudiar tanto o herdeiro, como o legatário (...), artigo 2249.º CC (...)” (Prata, 2008: 1289)

A alegria que é perfilhada em todo e em cada nascimento, através do que o dom da vida concede, faz-nos esquecer, muitas das vezes, que trazemos “inscritos” em nós essa destinação de morte (que, na grande maioria das vezes, surge sem aviso prévio..., simplesmente acontece.), porque tudo o que nasce morre: é a lei da natureza, assente no carácter finito – nas palavras de Supiot (2005: 29) “finitude da sua vida orgânica e visceral (...)” - e limitado de todo o ser humano e de qualquer ser vivo.

Para este autor, Supiot, “O homem é um animal metafísico. Ser biológico, ele existe antes de mais no mundo pelos seus órgãos dos sentidos. (...) A vida dos sentidos confunde-se no ser humano com um sentido da vida, ao qual ele é capaz de se sacrificar, dando assim à sua própria morte um sentido. (...) O mais velho relato escrito que é conhecido é a epopeia de Gilgamesh. Ele narra as peregrinações de um jovem rei, meio-homem meio-deus, que, tendo perdido Endiku, companheiro feito à sua imagem, percorre o Universo em busca de uma resposta à questão: «Porquê morrer? Como não morrer?» Nascida com a humanidade, esta interrogação não pára de nos atormentar. E é porque nos prometem responder-lhe um dia que a genética e as biotecnologias mobilizam tantos recursos e suscitam tantas paixões. Desvendar os segredos da constituição do Homem (...) conhecer e controlar as causas últimas da doença e da velhice, sobreviver a si mesmo (...), eis alguns dos antiquíssimos sonhos de que se vê, hoje, carregada a biologia. A ciência e a técnica suscitam esse misto de esperança e de medo (...) O homem moderno, agitado pela secreta esperança de não morrer, não escapa à constituição normativa inerente a todo o ser humano. Mas a sua fé e o seu receio nos progressos da ciência são reveladores do que essa constituição teve de singular no Ocidente, onde o Homem foi concebido à imagem de Deus. (...)” (2005: 7, 27-28)

10.2. *Mors ultima línea rerum est*

A vida e a morte são a face e contra-face da mesma moeda. Tudo o que nasce é para morrer. Nisto se consubstancia o ciclo da vida: nascer, crescer, declinar e morrer.

“*Mors ultima línea rerum est*: A morte é a linha final de todas as coisas” (Cartas, 1, 16, 79), assim já o defendia Horácio nas suas reflexões. (Carrilho, 2006: 263)

No plano físico, a morte é, com efeito, a linha final de todas as coisas.

Esta realidade é, aliás, comprovada pela Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, que, ao estabelecer os princípios em que se baseia a verificação da morte, preceitua no seu art.º 2.º que “A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral.” (Direito Mortuário, 2007: 169)

Nos termos do art.º 3.º n.º 2 da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, e também do art.º 12.º n.º 1 da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, que “(...) cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legais idóneos para a verificação da morte cerebral. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 289)

Todavia, numa outra dimensão, numa dimensão espiritual, é de bom-tom não olvidar que a morte não é o fim. Para os que acreditam na existência de uma outra vida, a morte não é o fim; é o início de uma mutação. Há simplesmente uma metamorfose da esfera física (ligada ao corpo do indivíduo) para a esfera espiritual.

Santo Agostinho⁵¹ (354-430 d. c.) no seu célebre poema sobre a “Morte” assim o referia “(...) se conhecesses o mistério do céu onde agora vivo, este horizonte sem fim (...) pensa nesta casa onde um dia estaremos reunidos para além da morte (...)”.

Não é, contudo, esta realidade que iremos estudar aqui.

Diz-nos Gafo (1996), que a morte continua envolta num tabu, e é, cada vez mais, afastada do seio familiar, para se institucionalizar em entidades, como por exemplo hospitais, instituições particulares, e desse modo, “a morte torna-se anónima, impessoal; o luto fica reduzido a um tabu e não são socialmente permitidas manifestações dramáticas de dor. A comunidade cada vez mais anónima nos grandes aglomerados urbanos, sente-se progressivamente menos implicada na morte de cada um dos seus membros. Este conjunto de factores leva a uma atitude de vergonha perante a morte, de escamoteamento desse facto, a morte é um tema que se não deve mencionar, tabuizado como o eram antes os temas da sexualidade. A morte considera-se como se não existisse. No Iluminismo podia acreditar-se que o progresso da ciência poderia afastar no futuro o fantasma da morte; no Romantismo a morte aparecia embelezada. Agora resta a repugnância perante o facto insuperável e inevitável da morte. (...) Silencia-se o acto da morte, não a reconhecemos, ou tenta-se assumir uma pretensa indiferença. Contudo este mascarar ou escamotear da

⁵¹ Santo Agostinho ou Agostinho de Hipona foi bispo, escritor, teólogo, filósofo, padre e Doutor da Igreja Católica. É uma das figuras mais importantes no desenvolvimento do Cristianismo no Ocidente. (retirado de http://pt.wikipedia.org/wiki/Agostinho_de_Hipona, 25 de Setembro de 2009)

morte não destrói este acontecimento nem livra do medo dele. A morte continua a manter o seu carácter brutal e selvagem; inclusivamente a morte nos hospitais “entubada” é mais macabra que as antigas representações. (...) Resta uma pequena “elite” que deseja “humanizar” a morte, assumir e aceitar este acontecimento como um facto não vergonhoso e que pretende conciliar a morte com a felicidade humana. A morte deve apenas tornar-se a saída discreta, mas digna, fora de uma sociedade que ajuda, a quem já não perturba nem altera demasiado a ideia de uma passagem biológica, sem significado, sem pena nem sofrimento. E, finalmente, sem angústia. (...)” (1996: 149-150)

CAPÍTULO III

11. O contributo das Ciências Médico-Legais

A Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto, que estabelece os princípios em que se baseia a verificação da morte, preceitua no seu art.º 2.º que “A morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral.” (Direito Mortuário, 2007: 169)

Havendo fundado receio de morte violenta – etiologia da morte violenta: suicídio, homicídio, ou acidente -, o Ministério Público - “Magistratura que representa o Estado, defende os interesses que a lei determinar (...) orientada pelo princípio da legalidade (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 288) - decreta a obrigatoriedade da autópsia ou necrópsia⁵², mediante uma série de diligências, com o escopo de averiguar ou tentar determinar a causa da morte. Isso implica trazer à colação os chamados exames complementares de autópsia ou necrópsia, que se afiguram como um acréscimo relevante para os restantes dados. De acrescentar, por isso, que se revestem de assaz importância as análises e os exames: de anatomia patológica (para averiguar de eventuais complicações de lesões traumáticas); de genética e biologia forense (quando haja fundado receio de morte violenta, sendo importante o contributo da criminalística biológica); radiológicos (em caso de maus-tratos); de bioquímica (em caso de suspeita de morte súbita, cuja causa seja desconhecida); químico-toxicológico (quando haja suspeita de morte por intoxicação); microbiológicos (quando haja suspeita de morte de etiologia infecciosa), etc. [retirado das Lições de Medicina Legal, leccionadas na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, entre Setembro e Dezembro de 2008]

Todavia, os resultados das perícias médico-legais nem sempre permitem determinar uma causa exacta da morte.

Segundo Comrie e Thomson (1951: 168), autópsia (ou necrópsia) é o “exame dos órgãos internos de um cadáver. É executada de modo a não produzir desfiguramento. O cérebro é examinado por meio de uma abertura no coiro cabeludo e no crânio que depois será tapada pelo cabelo, e os conteúdos torácicos e abdominais observam-se através de

⁵² Perícia médico-legal em cadáveres, e que é realizada nos gabinetes médico-legais espalhados pelo país.

uma incisão na linha média anterior do corpo. Quando é necessário, removem-se pedaços de órgãos para exame microscópico. Considera-se dever social dos parentes de uma pessoa falecida, autorizar ou exigir um exame *post-mortem* quando se desconhece ou não há certeza sobre a causa da morte.”

Por conseguinte, com a morte (cessação definitiva da vida), cuja sua verificação compete aos médicos, nos termos da lei - consoante o que preceitua o n.º 1 do art.º 3.º da Lei n.º 141/99, de 28 de Agosto (Direito Mortuário, 2007: 169) -, dá-se início à autópsia ou necrópsia do cadáver (promovendo, simultaneamente, as demais diligências necessárias à averiguação da sua causa e das circunstâncias em que esta, morte, tenha ocorrido) se, porventura, houver indícios de morte violenta, suspeitas de crime (conforme preceitua o artigo 197.º n.º 1, CRC⁵³), ou ainda se o médico achar conveniente a autópsia ou necrópsia pela incerteza da identificação da causa que conduziu à morte.

A autópsia ou necrópsia pode ainda ser de dois tipos, a saber:

(I) clínica;

(II) forense ou médico-legal.

Ambas só têm de comum a própria morte.

A autópsia ou necrópsia clínica tem como escopo um melhor conhecimento do estado patológico do doente falecido, precisando novas causas que conduziram à morte.

Via de regra, uma autópsia ou necrópsia deste tipo é feita com fins de pesquisa e de estudo, e a sua realização carece do consentimento de familiares e entidades legais.

Precisamente porque existem diversos tipos de morte – natural, acidental, homicídio, suicídio, etc. -, existe um outro tipo de autópsia ou necrópsia: a forense ou médico-legal.

A autópsia ou necrópsia médico-legal não carece do consentimento dos familiares do falecido – ela destina-se a averiguar a responsabilidade de terceiros na morte do indivíduo - uma vez que se trata de um imperativo legal para a justiça (tem um carácter obrigatório), a sua realização. E é um imperativo legal para a justiça, quando em causa esteja uma morte violenta (acidente de viação, por exemplo), um acidente de trabalho por conta de outrem, um homicídio, ou um suicídio. Por isso mesmo, as perícias médico-legais têm, em regra, por objectivo determinar e avaliar o dano na jurisdição cível, laboral e penal. (Dados recolhidos no “1.º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses”. Coimbra, 21 e 22 de Setembro de 2007)

⁵³ Código de Registo Civil.

De acordo com Prata, Veiga e Vilalonga (2007: 328), a perícia médico-legal é uma “prova que tem lugar quando a apreciação ou a percepção de certos factos exigirem especiais conhecimentos, realizada por peritos designados para o efeito, que elaboram um relatório no qual mencionam e descrevem as suas respostas e conclusões devidamente fundamentadas, as quais não podem ser contraditadas. A perícia médico-legal (...) é, nos termos do artigo 159.º, CPP⁵⁴, feita pelos institutos de medicina legal, pelos institutos médico-legais ou pelos gabinetes médico-legais, por médicos especialistas ou de reconhecida competência (...).”

A Lei n.º 45/2004, de 19 de Agosto, estabelece o regime jurídico das perícias médico-legais e forenses.

Ainda segundo aqueles três autores (2007: 328) “Há ainda exames e perícias no âmbito da genética, biologia e toxicologia forenses, no âmbito da psiquiatria e psicologia forenses e no âmbito da tanatologia forense. (...)”

A actividade probatória, na área das Ciências Forenses, assume importância cada vez mais relevante no âmbito científico e jurídico, conferindo àquelas (Ciências Forenses) um carácter multidisciplinar. Multidisciplinar, na medida em que as Ciências Forenses carecem dos conhecimentos de outras áreas científicas: Medicina, Biologia, Farmácia, Psicologia, Direito, Criminologia, etc. (Dados recolhidos no “1.º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses”. Coimbra, 21 e 22 de Setembro de 2007)

⁵⁴ Código de Processo Penal.

CAPÍTULO IV

12. A Institucionalização

12.1. A nova realidade social

Hoje em dia as famílias, de uma maneira geral, têm cada vez menos condições para cuidar dos seus familiares idosos.

Segundo Pimentel (2001), a mulher continua a ter um papel muito determinante na orgânica, isto é, na gestão do espaço doméstico, o que a torna num centro nevralgico de imputação de críticas; mormente quando essa responsabilização - que passa também pela prestação de cuidados aos parentes mais dependentes - fica, tão-só, a cargo dela.

Todavia, o multifacetado número de papéis que a mulher assume nas sociedades industriais (o de mãe, o de esposa, o de dona-de-casa, o de empregada, e o de profissional) não lhe permite executar o tradicional papel de cuidar das pessoas mais velhas.

As redes de solidariedade primárias ficam, então, comprometidas pela indisponibilidade real das mulheres e pelo fraco/diminuto ou nulo envolvimento dos homens no auxílio a prestar a essas pessoas.

A família nuclear hodierna apresenta uma realidade social discrepante da família alargada (dita tradicional), por ter renunciado a algumas funções tradicionais, como a educação dos filhos, dos netos, e o tomar conta dos seus idosos.

Na sociedade actual, esta família nuclear moderna não consegue satisfazer cabalmente as necessidades dos seus elementos, nomeadamente as dos idosos, quer ao nível das necessidades físicas (como a alimentação, habitação e cuidados globais), quer as psíquicas (como a auto-estima, o afecto, o equilíbrio), quer as sociais (como a identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo).

Destarte, os idosos, por força das circunstâncias, são forçados a ir para as instituições, que lhes prestam serviços, e onde eles passam a sua grande parte do tempo.

Esta realidade da institucionalização e, simultaneamente, da desvinculação de cuidados da família face aos seus idosos é manifestação da copulativa de várias outras

realidades.

Esta nova realidade social, em que a institucionalização se estriba, vem libertar a família do encargo com os seus idosos. E, por seu turno, essa outra realidade, a da desresponsabilização da família face aos mesmos, é igualmente expressão de que, na opinião de Dias (2004: 32), “Uma das mudanças mais importantes operadas na família deu-se no domínio dos sentimentos. (...)”, e, segundo Fernandes (citado por Dias, 2004: 48), “Ao mesmo tempo a família constitui, nas sociedades contemporâneas, um exemplo (...) onde também o individualismo encontra um domínio preferencial de expressão.”

De uma maneira geral, há um grande individualismo. A vivência do “eu” não deixa tempo para o “outro”. E o individualismo assim torna-se um assassino lento das relações de solidariedade para como próximo.

Quando a exigência de um apoio efectivo aos idosos se torna um imperativo, e a não responsabilização da família verifica-se por impossibilidade desta, impossibilidade essa seja de que natureza for (o não poder efectivamente; ou o não querer), o recurso à institucionalização tem-se afigurado como a resposta mais satisfatória.

Deste modo, assiste-se, então, à proliferação de agentes e instituições especializadas, que desencadeiam importantes mutações na construção de relações entre gerações, e nas formas de solidariedade. Os idosos passam a dispor de um conjunto de serviços e equipamentos diversificados e adequados às suas necessidades e carências.

Os Lares de Terceira Idade, instituições de internamento definitivo que se destinam a acolher pessoas que, por diversos motivos, não possam continuar a manter-se na sua própria casa, surgem como os equipamentos de maior implementação.

12.2. Os Lares de Terceira Idade

Dissemos no capítulo I (3.1. A doença) que, “(...) o jogo da doença e da saúde joga-se cada vez menos em casa do doente e cada vez mais no palácio da doença, o hospital.” (Goff, 1997: 8). Dissemos também, que seria injusto apenas sinalizar os hospitais como palco daquela relação dialéctica denominada de “jogo da doença e jogo da saúde”, na medida em que tal relação não se esgota só aí. As IPSS⁵⁵ são outro tipo de

⁵⁵

Instituições Particulares de Solidariedade Social.

entidades onde essa relação dialéctica se desenvolve, mormente quando em causa estejam idosos incapacitados física e psiquicamente de se auto-governarem.

Assim, os Lares de terceira idade são o destino da grande maioria dos idosos. Por isso, salienta Paúl (1997: 29) que “A institucionalização ocorre geralmente na sequência da incapacidade funcional, combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais. (...)”

12.2.1. Pessoas colectivas

Os Lares de Terceira Idade (Lares de Idosos, ou, simplesmente, Lares) são, na nomenclatura jurídica, pessoas colectivas.

As pessoas colectivas são organizações, entidades, erigidas por pessoas (singulares), ou, por uma massa de bens, e às quais a ordem jurídica atribui personalidade (jurídica).

Segundo Pinto (1992: 267) “As pessoas colectivas são organizações constituídas por uma colectividade de pessoas ou por uma massa de bens, dirigidos à realização de interesses comuns ou colectivos, às quais a ordem jurídica atribui a personalidade jurídica. Trata-se de organizações integradas essencialmente por pessoas ou essencialmente por bens, que constituem centros autónomos de relações jurídicas – autónomos mesmo em relação aos seus membros ou às pessoas que actuam como seus órgãos. (...)”

Acrescenta Prata que as pessoas colectivas “podem ser de direito privado ou de direito público. A capacidade de gozo das pessoas colectivas está limitada, no sentido de excluir aqueles direitos que realizam fins próprios exclusivos da pessoa humana e ainda todos os direitos que não integram nem são convenientes à prossecução dos respectivos fins – princípio da especialidade (artigo 160.º, CC⁵⁶).”

Tanto as pessoas singulares (o ser humano) assim como as pessoas colectivas são também sujeitos de relações jurídicas⁵⁷.

⁵⁶ Código Civil.

⁵⁷ “Em sentido lato, é qualquer relação da vida social que seja juridicamente relevante, isto é a que o direito atribua efeitos. Em sentido restrito, é a relação interprivada que o direito regula através da atribuição a um sujeito de um direito e a imposição ao outro de um dever ou sujeição. (...)” (Prata, 2008: 1271)

12.2.2. Personalidade jurídica

Ao contrário das pessoas singulares que adquirem a personalidade jurídica pelo e com o nascimento (art.º 66.º n.º 1 CC), as pessoas colectivas não possuem esta qualidade sem mais, só por si. Carecem da chamada “constituição” e/ou “reconhecimento”, mediante o qual a ordem jurídica concede ou atribui a personalidade (art.º 158.º CC). No entanto, a partir do momento em que esta lhes é atribuída, a nova pessoa colectiva passa a ser uma pessoa em sentido jurídico. Pessoa em sentido jurídico é o ente a que a lei atribui personalidade jurídica.

A personalidade jurídica consiste, segundo Prata (1990: 448), na “susceptibilidade de ser titular de direitos e obrigações, reconhecida a toda a pessoa humana (personalidade singular) e também a organizações de pessoas e/ou de bens (personalidade colectiva). O art.º 66.º n.º 1 CC, determina que a personalidade jurídica singular se adquire no momento do nascimento completo e com vida. (...) A personalidade colectiva começa com a constituição nos termos legais (para as associações⁵⁸) ou com o reconhecimento (para as fundações⁵⁹) e cessa com a dissolução da pessoa colectiva, sua liquidação e transmissão de seus bens.”

12.2.3. As IPSS

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) surgem, desde logo, como a resposta cabal e imediata (directa) relativamente à satisfação das necessidades dos idosos.

A Instituição Particular de Solidariedade Social é uma “instituição de direito privado sem finalidade lucrativa, constituída por iniciativa de particulares e por eles administrada, com o objectivo geral de dar expressão organizada ao dever moral e cívico de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. São objectivos específicos a prestação de serviços e a concessão de prestações pecuniárias nos seguintes domínios: (...) protecção na

⁵⁸ “Pessoa colectiva de substrato pessoal que não tem um fim lucrativo. Pode ter um fim desinteressado ou interessado, sendo este ideal ou económico não lucrativo. (...)” (Prata, 2008: 184)

⁵⁹ “Pessoa colectiva cujo elemento fundamental é o conjunto de bens afectados de forma permanente à realização de determinada finalidade, de natureza altruística. (...)” (Prata, 2008: 693)

velhice, na invalidez e demais situações de falta ou diminuição de meios de subsistência; promoção e protecção da saúde, através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa, ou de reabilitação; educação e formação profissional; resolução de problemas habitacionais. As instituições podem revestir várias formas (associações de solidariedade social, associações de voluntários de acção social (...), fundações de solidariedade social, e irmandades da misericórdia). As instituições estão sujeitas a registo no Ministério que exerce a respectiva tutela e beneficiam da concessão de apoios, designadamente através da celebração de acordos de cooperação⁶⁰. O estatuto jurídico destas instituições (DL 119/83, de 25-2) estabelece que, uma vez constituídas e registadas na forma legal, adquirem automaticamente qualidade de pessoas colectivas de utilidade pública e prevê regras especiais para as instituições constituídas como organizações religiosas. (...)” (Neves, 2001. 405-406)

Os Lares de Terceira Idade podem surgir sob a forma de instituições particulares de solidariedade social (IPSS).

Todavia, existem outras respostas, respostas alternativas. Isto porque, os Lares de Terceira Idade podem ser de dois tipos, quanto aos fins que prosseguem: ou com fins lucrativos, ou sem fins lucrativos.

As instituições particulares de solidariedade social (IPSS) são constituídas por iniciativa dos particulares e enquadram-se no domínio das instituições sem fins lucrativos (art.º 63.º, n.º 5, CRP⁶¹).

Juridicamente, podem revestir as seguintes formas: I) associações (art.º 157.º CC); II) fundações (art.º 157.º CC); III) irmandades da misericórdia⁶². As instituições particulares de solidariedade social (IPSS) abrangem também as instituições da Igreja Católica.

⁶⁰ “Convénio ou contrato celebrado entre um centro regional de segurança social (agora, centro distrital de solidariedade e segurança social) e uma instituição particular de solidariedade social ou outra entidade que exerça modalidade de acção social sem fim lucrativo (...). O princípio da cooperação encontra-se previsto na Lei de Bases (art.º 38.º - 1) (...)” (Neves, 2001: 44)

⁶¹ Constituição da República Portuguesa.

⁶² “Forma que podem revestir as instituições particulares de solidariedade social. Designa a associação constituída na ordem jurídica canónica com os objectivos de satisfazer necessidades sociais, designadamente nos domínios da acção social e dos cuidados de saúde (...). No que se refere aos fins de solidariedade social, a irmandade da misericórdia rege-se pelas disposições do estatuto das IPSS aplicáveis às associações de solidariedade social, sem prejuízo das sujeições canónicas ao bispo da diocese que lhe são próprias. As obrigações e os direitos dos associados, designados irmãos, constam do «compromisso» da irmandade, que constitui a designação própria dos respectivos estatutos (Estatuto aprovado pelo DL 119/83, de 25-2, artºs 68.º a 71.º).” (Neves, 2001: 419-420)

As associações e as fundações encontram o seu regime jurídico plasmado no Código Civil nos art.ºs 185.º a 194.º (fundações); e art.ºs 167.º a 184.º, do mesmo Código (associações).

As IPSS que adoptem a forma jurídica de fundação apenas o poderão fazer como fundação de solidariedade social.

A figura da fundação define-se a partir de um substrato patrimonial, constituído por um património afecto a uma determinada finalidade. Sublinhe-se que, no direito português, apenas se admitem as fundações de interesse social, isto é, afectas a uma finalidade de utilidade social (art.ºs 157.º e 188.º CC). Assim o refere também Pinto (1992: 292) “(...) só poderão obter personalidade jurídica as fundações cujo fim for de interesse social. (...)”. Por isso, as denominadas fundações de utilidade privada não gozam de personalidade jurídica.

As irmandades da misericórdia (ou Santa Casa da Misericórdia⁶³) são associações constituídas na ordem jurídica canónica. Os seus estatutos denominam-se “compromissos”, e possuem um regime jurídico específico previsto no Estatuto das IPSS. Fora deste regime específico, as irmandades da misericórdia regulam-se pelas disposições das associações de solidariedade social.

As Instituições da Igreja Católica podem revestir qualquer das formas enumeradas anteriormente: associações, fundações, ou irmandades da misericórdia.

Quanto à natureza jurídica, as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) são pessoas colectivas privadas que prosseguem objectivos de interesse público, e, por isso mesmo, ficam sujeitas a um regime de tutela estatal. O seu regime específico encontra-se no Estatuto das IPSS, e no caso das associações e fundações, no Código Civil (dupla natureza das IPSS).

Por conseguinte, as IPSS não têm fins lucrativos, ou seja são instituições cuja finalidade não é a obtenção de lucro para depois distribuir pelos associados. Até porque as IPSS têm protocolos com o Estado. Os chamados “acordos de cooperação”.

Os acordos de cooperação são protocolos celebrados entre duas entidades: o Estado (nomeadamente a Segurança Social), e, via de regra, as IPSS, tendo em vista o apoio no domínio social àquelas entidades sem fins lucrativos. Esse apoio, em que se assentam os

⁶³ “O mesmo que irmandade da misericórdia, uma das formas que podem revestir as instituições particulares de solidariedade social. Designa a associação constituída na ordem jurídica canónica com os objectivos de satisfazer necessidades sociais, designadamente nos domínios da acção social (...)” (Neves, 2001: 654)

acordos de cooperação, baseia-se na concessão de prestações sociais, que visam a prevenção e reparação de situações de carência social.

A solidariedade social não se pratica só com palavras, de maneira que os acordos de cooperação constituem uma prova inequívoca da atenção do Estado às realidades sociais, trabalhando, deste modo, em parceria com as IPSS, para garantir melhor bem-estar e qualidade de vida aos idosos institucionalizados, ou em vias de institucionalização.

Estes acordos de cooperação são reduzidos a escrito e devem existir tantos quanto as respostas a dar aos vários equipamentos sociais.

Portanto, com a celebração destes acordos, o Estado, através da Segurança Social, dá um contributo relevante para a melhoria do apoio social.

Diferente, são as estruturas/organizações lucrativas (lares lucrativos), que são, actualmente, uma outra resposta para os idosos. E têm vindo a suprir lacunas nesta área, como resposta à institucionalização do idoso.

Os lares lucrativos, de iniciativa privada, têm como escopo a obtenção do lucro.

Neste grupo incluem-se as pessoas colectivas de direito privado e utilidade particular. Designação dada por Pinto (1992: 289), ao referir que “(...) as pessoas colectivas de utilidade particular só podem ser as que se dirigem a um escopo lucrativo (...) fazer lucros (...) para distribuir entre os seus componentes. (...)”

E tais estruturas existem cada vez em maior número face à incapacidade do Estado e da Sociedade Civil.

A característica comum que se encontra nas instituições com fins lucrativos e nas instituições sem fins lucrativos está na razão para a qual foram criadas: assegurar serviços com qualidade a quem deles necessite por falta de suporte na rede familiar de apoio (como por exemplo: refeições, higiene, segurança, protecção a vários níveis, relação de afecto, etc.).

13. Dever de cuidado

Falamos em dever de cuidado quando sobre alguém impende a obrigação de agir de acordo, ou em conformidade, com determinados procedimentos, tendo, para o efeito, um

comportamento e/ou uma actuação responsável, positiva, atenta e cuidadosa relativamente a terceiros.

Encontramos na lei substantiva o dever de cuidado, no artigo 15.º, CP, a respeito da negligência⁶⁴: “*Age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias, está obrigado e de que é capaz (...)*” (Antunes, 2009: 32).

“(...) *quem, por não proceder com o cuidado (...)*”, que cuidado é esse? De que se trata afinal?

Os juristas Prata e Vilalonga (2007: 161) mostram-nos que “O artigo 15.º, CP, prevê como elemento da negligência, a violação do dever de cuidado, determinando que age com negligência quem, por não proceder com o cuidado a que, segundo as circunstâncias está obrigado e de que é capaz, representar o facto, sem se conformar com tal representação (negligência consciente⁶⁵), ou não chegar sequer a representar a realização do facto (negligência inconsciente⁶⁶).”

A negligência aparece, assim, num sentido negativo a propósito do dever de cuidado, porque vai consubstanciar uma violação àquele dever, isto é, vai plasmar uma actuação em desconformidade com aquele dever.

Falamos então de negligência, para designar todos aqueles comportamentos que, embora não intencionais, são, no entanto, de desleixo, de descuido, de inércia, de pura leviandade, quantas vezes até mesmo de desinteresse perante terceiros, comportamentos esses que deveriam ter tomado outros rumos e que não tomaram, na salvaguarda de bens jurídicos⁶⁷ fundamentais, mormente do bem jurídico “vida⁶⁸”, desses mesmos terceiros.

Neste sentido, o penalista português José Francisco de Faria Costa defende que “(...) em termos político-criminais entende-se que uma determinada área da vida social que devia estar coberta pelo direito penal não encontra, precisamente nessa dimensão, a protecção desejada. E por mor da dificuldade técnico-jurídica de controlar a fluidez dessa

⁶⁴ “(...) violação do dever de diligência que sobre o agente (sobre todas as pessoas) impende, isto é, na omissão das cautelas necessárias para que o facto típico não ocorra. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 296)

⁶⁵ “(...) Quando uma pessoa actua com negligência consciente, ela configura a possibilidade de vir dar origem através da sua acção ao resultado proibido, convencendo-se, porém, de que esse resultado não irá ocorrer.” (Prata, Vilalonga, 2007: 297)

⁶⁶ “Actuação de quem (...) actua em violação dos deveres de cuidado a que se encontra vinculado e de que é capaz e provoca, desse modo, o facto típico.” (Prata, Vilalonga, 2007: 297)

⁶⁷ “O Direito Penal visa a protecção de bens jurídicos fundamentais, isto é, de valores essenciais à subsistência da sociedade como espaço de desenvolvimento máximo, em condições de igualdade, da pessoa. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 62)

⁶⁸ “Bem jurídico directamente protegido pelas incriminações constantes dos artigos 132.º a 139.º, C.P. (homicídio, homicídio qualificado, homicídio privilegiado, homicídio a pedido, incitamento ou auxílio ao suicídio, infanticídio privilegiado, homicídio negligente, exposição ou abandono e propagando do suicídio). (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 461)

possível área de incriminação julga-se conveniente recorrer «ao conceito de negligência, construído com base não no resultado mas no perigo⁶⁹ de violação de bens jurídicos». (...) Em termos dogmáticos, o cuidado é, por conseguinte, a representação ideal de um cânone de comportamento que a comunidade julga como o mais adequado à protecção de bens jurídico-penais. (...) O cuidado é assim, uma exigência geral, que impende sobre todos os membros da ordem jurídica no sentido de adequarem as suas condutas aos cânones comportamentais que a ordem jurídica, através de vários referentes, vai estabilizando.” (2000: 469, 478)

14. Responsabilidade civil

Um dos traços mais característicos da condição humana é a assunção de obrigações e/ou compromissos, e, simultaneamente, ter a capacidade para responder a essas mesmas obrigações/compromissos. A responsabilidade, destarte, consiste na susceptibilidade de ter capacidade de resposta a alguma coisa.

Depois dos contratos⁷⁰, a responsabilidade civil é a fonte⁷¹ de maior importância teórica e prática na criação de vínculos obrigacionais.

Em termos gerais, a responsabilidade pode ser civil e criminal.

Dentro da responsabilidade civil encontramos duas vastas divisões: a responsabilidade civil contratual, por um lado, e a responsabilidade civil extra-contratual, por outro.

Mas porque razão se fala em responsabilidade civil?

Ouvimos falar em responsabilidade civil quando alguém incorre na ”obrigação de indemnizar outrem por danos que lhe cause, quer esses danos decorram da inexecução de uma obrigação (responsabilidade obrigacional, também dita contratual), quer da violação

⁶⁹ “Possibilidade significativa de produção de um resultado proibido. Dito de outro modo, o perigo é a possibilidade forte de lesão de um bem jurídico.” (Prata, Vilalonga, 2007: 329)

⁷⁰ “É o negócio jurídico bilateral ou plurilateral, isto é, integrado por duas ou mais declarações negociais exprimindo vontades convergentes no sentido da realização de um objectivo comum que justifica a tutela do direito. É, pois, a convenção pela qual duas ou mais pessoas constituem, regulam, modificam ou extinguem relações jurídicas, regulando assim juridicamente os seus interesses. (...)” (Prata, 2008: 370)

⁷¹ “Entende-se por fonte de uma obrigação o facto gerador do vínculo obrigacional, aquele facto donde procede a obrigação, que lhe dá causa, que faz crescer o vínculo obrigatório. (...)” (Alarcão, 1977-78: 99)

de um direito subjectivo⁷² não creditício ou de uma norma legal destinada a proteger interesses alheios (responsabilidade delitual), podendo também suceder que uma pessoa tenha de suportar os prejuízos resultantes de um acto que não é ilícito ou não é culposo (responsabilidade objectiva, que compreende a responsabilidade pelo risco e a responsabilidade por actos lícitos). No nosso direito, só existe, em princípio, responsabilidade quando haja culpa do agente, isto é, acto ilícito culposo violador de direito alheio e causador de prejuízo, tendo carácter excepcional a responsabilidade sem culpa – artigos 483.º e segs., e 798.º e segs., CC (...)” (Prata, 2008: 1300-1301)

Na rubrica da responsabilidade civil encontramos não só a responsabilidade contratual⁷³ (proveniente da falta de cumprimento das obrigações emergentes dos contratos, de negócios unilaterais ou da lei), como também um outro tipo, a responsabilidade extra-contratual⁷⁴, delitual e/ou aquiliana (resultante da violação de direitos absolutos⁷⁵, ou da prática de certos actos que mesmo sendo lícitos causam prejuízos a outrem).

Por conseguinte, estruturalmente, a responsabilidade civil pode ser contratual (art.ºs 798.º e segs. CC) e extra-contratual.

14.1. Responsabilidade civil extra-contratual

Sabemos que a responsabilidade civil *extra-contratual, delitual e/ou aquiliana*⁷⁶, quanto à sua estrutura, subdivide-se em:

(i) responsabilidade civil *por factos ilícitos*, porque baseada na culpa do agente, é, por isso mesmo, uma responsabilidade subjectiva (art.ºs 483.º e segs. CC);

(ii) responsabilidade civil *pelo risco*, é, pelo contrário, uma responsabilidade objectiva, isto é, prescinde-se do pressuposto da culpa do agente (lesante), não obstante o

⁷² “(...) é o poder conferido pela ordem jurídica a um sujeito para a tutela de um seu interesse juridicamente relevante, isto é, merecedor da tutela do Direito.” (Prata, 2008: 526)

⁷³ “Quando o ilícito se refere a uma relação obrigacional ou de crédito, que existia entre o lesante e o fendido, a responsabilidade emergente diz-se contratual, obrigacional ou negocial. (...)” (Prata, 2008: 1302)

⁷⁴ “(...) é a que resulta da violação de direitos subjectivos que não sejam creditícios ou de interesses legalmente protegidos (...) esta responsabilidade supõe, como regra, a culpa do agente (...)” (Prata, 2008: 1306)

⁷⁵ “É o direito oponível *erga omnes*, isto é, aquele que impõe a todos os outros sujeitos jurídicos um dever geral de respeito. (...)” (Prata, 2008: 498)

⁷⁶ Referente a S. Tomás de Aquino.

dever de indemnização recair sobre o próprio. Nesta modalidade, o agente (lesante) responde pelos danos independentemente de culpa sua (art.ºs 499.º e segs. CC);

(iii) responsabilidade civil *por actos lícitos*, refere-se àquelas situações excepcionais em que o legislador permite uma actuação do agente, não obstante esta (actuação) venha a desencadear/provocar danos na esfera jurídica de outrem – é exemplo disso, o estado de necessidade⁷⁷.

Porém, para dizermos com segurança que estamos perante responsabilidade civil extra-contratual, esta carece da verificação cumulativa de cinco pressupostos e/ou requisitos, a saber:

(I) *facto voluntário* do agente, facto esse que tanto pode consubstanciar-se numa acção ou num *facere* (facto positivo), como numa omissão ou num *non facere*, numa abstenção (facto negativo);

(II) esse facto voluntário do agente tem de ser *ilícito*, isto é, susceptível de violar direitos de outrem: direitos reais, direitos de personalidade, direitos familiares, etc.;

(III) o facto do agente também tem que ser *culposo*: a culpa consubstancia-se no juízo de censura, é o nexo de imputação do facto ao agente;

(IV) esse facto voluntário do agente (ilícito e culposo) tem ainda que *causar dano*, porque o dano é *conditio sine qua non* para o desencadear da responsabilidade civil;

(V) e, por último, que haja um *nexo de causalidade* (artigo 563.º CC) entre o facto voluntário praticado pelo agente (lesante) e o dano sofrido na esfera jurídica da vítima (lesado).

No que toca ao requisito do nexo de causalidade, diz-nos Coelho que, “A nossa lei (...) limita-se a exigir genericamente o requisito do nexo de causalidade. Limita-se a dizer que os prejuízos devem – para que hajam de ser reparados – ter sido causados pelo facto. (...) E a responsabilidade civil toda ela se esgota numa obrigação legal posta a cargo do autor do facto – a obrigação de reparar os prejuízos sofridos pelo lesado. (...) Foi justamente isto que o legislador veio dizer quando exigiu um nexo de causalidade entre o facto e o prejuízo. Não são todos os prejuízos que se sucedem à prática do facto, para o lesado, que o autor do facto é obrigado a reparar. Mas são somente aqueles - e são todos aqueles – que possam dizer-se causados por esse facto. (...)”(1951: 69)

⁷⁷ “Situação em que se encontra uma pessoa que, para remover o perigo actual de um dano (quer do agente, quer de terceiro), destrói ou danifica coisa alheia, provocando um prejuízo inferior ao que estava iminente. (...)” (Prata, 2008: 612)

14.1.1. O dano morte

Uma outra questão não menos importante, com uma actual relevância prática e que, simultaneamente, tem dividido a Doutrina portuguesa, coloca-se a propósito do requisito do dano. O dano constitui o cerne de toda a responsabilidade civil, consubstanciando-se no prejuízo sofrido, suportado, na esfera jurídica da vítima (lesado) em consequência da lesão⁷⁸.

É sabido que os danos podem ser patrimoniais⁷⁹ e não patrimoniais (ou morais⁸⁰). É sabido também que são os danos não patrimoniais (ou morais) que mais dúvidas têm suscitado à Doutrina, e que têm promovido a cindibilidade de opiniões entre os juristas.

Com efeito, os danos não patrimoniais (ou morais), na medida em que são danos insusceptíveis de avaliação pecuniária, são danos cuja natureza é de difícil correspondência/imputação de um valor patrimonial, não obstante a lesão que os mesmos causaram a outrem (lesado) e que foi suportada na esfera jurídica do lesado – são, por exemplo, as situações de dores físicas, ou os sofrimentos psicológicos, como também os atentados à dignidade. Mas não só. Outro exemplo, é o dano morte.

Como foi dito atrás, o dano é *conditio sine qua non* para o desencadear da responsabilidade civil. O dano consiste no “prejuízo patrimonial (perda ou deterioração de um bem, realização de uma despesa, perda de um ganho...) ou moral (sofrimento físico ou psicológico, atentado à dignidade, ao respeito da vida privada...) sofrido por uma pessoa, por um facto de um terceiro. Para que haja obrigação de indemnizar é necessário que o prejuízo seja certo (isto é, de verificação certa, ou muito provável, o que tem especial importância no domínio dos lucros cessantes (...), que seja minimamente grave (um prejuízo extremamente insignificante não merecerá, obviamente, a tutela do direito (...))” (Prata, 2008: 434-435)

Sobre o dano morte, a questão que se coloca, de acordo com Lucena (2006), é a de saber se este tipo de dano é susceptível de uma indemnização. A grande maioria da

⁷⁸ “É a perturbação ou afectação de um direito subjectivo ou interesse juridicamente protegido (...).” (Prata, 2008: 867)

⁷⁹ “Aquele que se traduz na lesão de interesses de ordem patrimonial, tanto podendo consistir numa diminuição de património como num seu não aumento, isto é, num dano emergente como num lucro cessante.” (Prata: 2008: 438) Danos emergentes “(...) consistem numa diminuição efectiva do património” e lucros cessantes “os que representam a frustração de um ganho, traduzindo-se num não-aumento patrimonial.” (Prata, 2008: 435)

⁸⁰ “Lesão que se produz em interesses insusceptíveis de avaliação pecuniária. Assim acontece com as dores físicas ou os sofrimentos psicológicos que decorrem para o lesado de um comportamento de outrem, constitutivo deste na obrigação de indemnização. (...)” (Prata, 2008: 437)

Doutrina portuguesa pronuncia-se favoravelmente nesse sentido, e mesmo na Jurisprudência, o entendimento vai para a indemnização do dano morte, é, aliás, o que nos diz Prata (2008).

Na opinião de Campos (2004: 313) “Também não será razoável negar que da lesão do direito à vida resulta um verdadeiro dano – o da morte – que se deve considerar, no plano dos interesses em que se move a ordem jurídica, superior a qualquer outro. Mas é precisamente o facto de o dano da morte ser o dano supremo, constituir a lesão de um bem⁸¹ superior a todos os outros, que provoca a maior parte dos problemas. Trata-se de um dano em si próprio não comensurável, por não comparável a qualquer bem com valor conhecido que possa constituir a sua compensação ou contrapartida. (...)”.

Tratando-se do dano morte (dano não patrimonial), isto é, “se a vítima falecer serão considerados os danos morais por ela sofridos até ao momento da morte e, pela própria morte, existe também direito a uma indemnização. Para além disso, e sempre em caso de morte da vítima, têm um direito de indemnização pelos danos morais próprios, resultantes do desgosto com essa morte, o cônjuge da vítima e os parentes dela que se achem enunciados no artigo 496.º n.º 2, CC”. (Prata, 2008: 438)

Dispõe o n.º 2 do artigo 496.º, CC: “Por morte da vítima, o direito à indemnização por danos não patrimoniais, cabe, em conjunto, ao cônjuge não separado judicialmente de pessoas e bens e aos filhos ou outros descendentes, na falta destes, aos pais ou outros ascendentes; e, por último, aos irmãos ou sobrinhos que os representem.” (Mesquita, 2007: 103)

14.2. Responsabilidade civil contratual

Dissemos no início deste tópico sobre a responsabilidade civil, que esta, estruturalmente, podia ser ou contratual ou extra-contratual.

Responsabilidade contratual (obrigacional ou negocial) decorre da violação de uma relação obrigacional ou de crédito que existia entre o lesante e o lesado (ofendido), que tinha naquela relação obrigacional (o ofendido) um interesse digno de protecção legal. A

⁸¹ “(...) a expressão de um interesse, da pessoa ou da comunidade, na manutenção ou integridade ou de um certo estado, objecto ou bem em si mesmo socialmente relevante e por isso juridicamente reconhecido como valioso.” (Prata, Vilalonga, 2007: 62)

este propósito, podemos falar na violação da *boa-fé* objectiva, ou *boa-fé* em sentido ético, de acordo com Prata (2008), para designar as situações em que há uma violação da *boa-fé* como regra de conduta no contexto das relações obrigacionais. Quer isto significar, que a *boa-fé* preconiza como imprescindíveis a presença axiológica da lealdade e da honestidade nas relações negociais.

Mas não é tudo. Também se pode dizer-se que há responsabilidade contratual quando o lesante incorre em mora, isto é, quando há atraso no adimplemento da obrigação a que ele (lesante) está adstrito. No entanto aqui, a última palavra cabe ao credor, nos termos do artigo 808.⁸² n.ºs 1 e 2, CC.

À semelhança da responsabilidade civil extra-contratual, também esta modalidade tem como escopo o ressarcimento de um dano. Logra-se, portanto, com a responsabilidade contratual ressarcir o dano positivo, quer isto significar “(...) colocar o lesado na situação em que ele se encontraria se a obrigação tivesse sido cumprida (...)” (Prata: 2008: 438)

15. Responsabilidade criminal

Uma última nota, neste capítulo, é dirigida à responsabilidade criminal.

A responsabilidade criminal diz respeito, como, aliás, não poderia deixar de ser, tanto às pessoas singulares, como às pessoas colectivas. É, no entanto, em sede das pessoas colectivas que nos iremos debruçar.

Diz-se que alguém incorre em responsabilidade criminal, quando fica investido na “obrigação de responder pela prática do crime, o que se traduz na sujeição aos efeitos de uma condenação criminal, isto é, na sujeição à aplicação de uma pena. De acordo com o artigo 11.º [Responsabilidade das pessoas singulares e colectivas], CP⁸³, a responsabilidade criminal tem carácter pessoal. Só existe responsabilidade criminal das pessoas colectivas quando a lei expressamente a previr. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 407)

Decorre do exposto que as pessoas colectivas só são responsáveis criminalmente quando a lei assim o referir, significa isto, por outras palavras, que tais crimes têm que estar tipificados na lei, mormente na lei penal.

⁸² “Perda do interesse do credor ou recusa do cumprimento.” (Mesquita, 2007: 162)

⁸³ Código Penal.

O penalista português José Francisco de Faria Costa – a propósito de um texto apresentado no Colóquio Internacional de Direito Penal, 1991 – escreve que, nas últimas décadas, é alvo de estudo o tema em torno da responsabilidade penal das pessoas colectivas. “Preocupação, adiante-se, que não se circunscreve ao plano da estrita produção académico-científica, antes se estende à zona onde se afeiçoam e concertam algumas das linhas mestras da política criminal comum entre nações de idêntica raiz cultural e civilizacional. Projecção esta que se pode perfeitamente surpreender, por exemplo, no cuidadoso estudo que instâncias internacionais de particular relevo e de enorme influência dentro do nosso espaço jurídico-cultural, designadamente o Conselho da Europa, põem no tratamento de uma tal questão. (...)” (1992: 537-538)

Assim, a propósito da criminalidade económica, discorre Costa “A nossa preocupação centra-se, deste jeito, na criminalidade que encontra na empresa⁸⁴ um possível centro de imputação penal. Ela não é só o lugar «onde» ou «por onde» a criminalidade económica se pode desencadear, ela é fundamentalmente o *topos* «de onde» a criminalidade económica pode advir. E porque assim é, uma tal concepção das coisas leva a que a empresa se apresente ou possa apresentar como um verdadeiro centro gerador de imputação penal. (...) A empresa, consubstanciada através da prefiguração jurídica, surge no campo da discursividade jurídica e jurídico-penal como uma entidade capaz de suportar legitimamente o fluxo de direitos e deveres decorrentes de qualquer centro de imputação, por mais simples e rudimentar que seja. (...) A possibilidade de se poderem imputar factos, juridicamente relevantes, à pessoa colectiva reduz a complexidade (...) e aumenta, por conseguinte, o grau de eficiência e fluidez sistemática de todo o ordenamento jurídico. (...)” (1992: 543-545)

Na esteira dos velhos princípios do Direito Romano, a perspectiva de um outro penalista português Jorge de Figueiredo Dias (2007), inicialmente, convergia para uma ideia de que “*societas delinquere non potest*⁸⁵”.

Este princípio, sem expressão na Idade Média, renasce no trânsito do séc. XVIII para o séc. XIX.

No passado do direito penal português (hoje a leitura é outra, como veremos mais adiante), defendeu-se este princípio do direito romano porque “A princípio, foi com base nas teorias da *ficção* da personalidade jurídica dos entes colectivos que se justificou a

⁸⁴ Pessoa colectiva.

⁸⁵ “A sociedade não pode delinquir.” (Carrilho, 2006: 409)

impossibilidade da sua responsabilização penal. Os grandes argumentos da dogmática penal para negar essa responsabilidade foram, porém, os da incapacidade de acção e da incapacidade de culpa dos entes colectivos. Estes seriam **incapazes de acção** porque não poderiam nunca agir por eles próprios, mas sempre e só através de pessoas físicas. Assim sendo, os entes colectivos não poderiam ser punidos criminalmente e passíveis de punição seriam aquelas pessoas singulares. Outro obstáculo seria a **incapacidade de culpa** dos entes colectivos. A culpa entidade como um juízo de censura ético-pessoal, como fundamento na liberdade do homem, na sua vontade consciente e livre, seria própria das pessoas singulares. Os entes colectivos, porque incapazes de culpa, seriam desta forma (...) insusceptíveis de responsabilidade penal. Não podendo os entes colectivos cometer crimes, a responsabilidade criminal deveria ser imputada aos **indivíduos** que tivessem praticado esses actos **em nome ou no interesse** daqueles (art.º 12.º, CP⁸⁶), mas este entendimento começou a ser posto à prova e a ser questionado no pós-guerra, com o crescimento exponencial da criminalidade desenvolvida no âmbito dos entes colectivos, nomeadamente da empresa. (...) O aparecimento de uma criminalidade cada vez mais organizada e complexa, desenvolvida através de sociedades comerciais, de instituições financeiras, e das mais variadas formas de associação ou agrupamento, muitas vezes extremamente poderosas e com ramificações à escala global (“máfias” em sentido amplo), puseram em causa o princípio da responsabilização individual. (...) Em face destas razões de **política criminal**, em numerosos países o legislador começou a abrir brechas no princípio *societas delinquere non potest*, especialmente nos crimes económicos, ambientais e fiscais. Tal sucedeu em Portugal com o DL 630/76, de 28-7, e, sobretudo, com o DL 28/84, de 20-1, que regula as infracções contra a economia e contra a saúde pública. (...)” (2007: 296-297)

A este propósito, sobre o sistema sancionatório português, dispunha o artigo 22.º do Código Penal de 1852 que “*somente podiam ser criminosos os indivíduos que tinham a necessária inteligência e liberdade.*” (Antunes, 2007-2008: 7)

O carácter pessoal da responsabilidade criminal que existia no Código Penal de 1852, manteve-se no Código Penal de 1982, tanto na versão primitiva, como depois no DL n.º 48/95, de 15 de Março.

O entretanto aparecimento da Lei n.º 59/2007 contribuiu para a introdução de algumas alterações, mormente quanto à epígrafe do artigo 11.º, agora com esta nova

⁸⁶ “Actuação em nome de outrem” (Antunes, 2009: 31)

versão: *Responsabilidade das pessoas singulares e colectivas* -, o que vai certamente permitir mais desvios, na medida em que abrange, para além das pessoas singulares, também as pessoas colectivas. De acordo com Antunes “Segundo esta disposição inovadora, as pessoas colectivas e as entidades equiparadas, com excepção do Estado, de outras pessoas colectivas públicas e de organizações internacionais de direito público, são responsáveis por crimes previstos no CP. (...)” (2007-2008: 8)

Para finalizar, pela prática dos crimes que se encontram plasmados no Código Penal (artigo 11.º), no que respeita às pessoas colectivas, as consequências jurídicas dos mesmos consubstanciam-se na aplicação das penas principais⁸⁷ de multa⁸⁸ ou de dissolução⁸⁹ (artigo 90.º-A, n.º 1).

⁸⁷ “Pena que, encontrando-se expressamente prevista para o sancionamento do crime, pode ser fixada pelo juiz independentemente de qualquer outra (a sua aplicação não pressupõe a determinação de outra pena).” (Prata, Vilalonga, 2007: 324-325)

⁸⁸ “Pena principal de natureza pecuniária. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 323)

⁸⁹ “Pena aplicável às pessoas colectivas que se traduz na respectiva extinção. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 169)

CAPÍTULO V

16. Segurança Económica na Terceira Idade

A CRP⁹⁰ no Título III (Parte I) menciona os Direitos e deveres económicos, sociais e culturais⁹¹, e dentro deste faz referência ao Capítulo II sobre os Direitos e deveres sociais.

Neste sentido, no domínio dos Direitos e deveres sociais, é, importante para o nosso estudo o art.º 72.º n.ºs 1 e 2. Dispõe este artigo:

PARTE I

TÍTULO III

Direitos e deveres económicos, sociais e culturais

CAPÍTULO II

Direitos e deveres sociais

Artigo 72.º

(Terceira idade)

1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.
2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

⁹⁰ Constituição da República Portuguesa.

⁹¹ São os direitos e deveres fundamentais “(...) trazidos pelo estado social (...) do século XX.” (Franco, Martins, 1993: 330)

A CRP Anotada (Canotilho e Moreira) dá a conhecer que muito se alterou desde a redacção primitiva do artigo 72.º, relativamente à Terceira idade, “este preceito que na redacção primitiva era formalmente configurado apenas como uma norma impositiva de acção estadual, consagra agora explicitamente, depois da 1.ª revisão constitucional (1982), específicos **direitos das pessoas idosas** (n.º 1), como típicos direitos sociais, aos quais correspondem determinadas imposições e obrigações estaduais (n.º 2). Os direitos das pessoas idosa assumem tanto mais importância quanto é certo que os progressos nas condições de vida e nos cuidados de saúde vão prolongando a esperança média de vida, ampliando por conseguinte o tempo entre o abandono da vida activa e o fim da vida. Os direitos das pessoas idosas ou «direitos do envelhecimento» adquirem expressão prática através da concretização e efectivação de outros direitos, entre os quais a Constituição destaca o direito à segurança económica (que deve ser garantido naturalmente pelo sistema de segurança social, mediante pensões de velhice e de aposentação (cfr. AcTC⁹² n.º 576/96) e o direito a condições de habitação, de convívio familiar e comunitário apropriadas (que devem ser asseguradas pela integração familiar dos idosos e por mecanismos comunitários, como lares, centros de convívio, etc.). Além disso, dentro da liberdade de conformação legislativa para a concretização deste direito, outras expressões devem ser garantidas, como o direito à saúde (bem-estar físico, mental e social); o direito de acessos a tratamentos de prevenção, cura e reabilitação; o direito a serviços sanitários públicos; o direito a seguros de saúde; o direito à segurança económica (cfr. AcTC n.º 576/96; o direito a condições de habitação socialmente dignas (cfr. AcTC n.º 543/01).

Da conjugação do n.º 1 com o n.º 2 deduz-se que a **política da terceira idade**, pela qual o poder político dá realização aos direitos dos idosos, com a necessária liberdade de meios que a Constituição deixa, não se deve basear apenas na prestação de apoios materiais (embora isso seja importante para a segurança económica e social das pessoas idosas), mas também na adopção de medidas sociais e culturais que respeitem a sua autonomia pessoal e sejam tendentes a superar o isolamento e a marginalização social (...). Este paradigma constitucional da pessoa idosa acolhe as ideias da aceitação, promoção e inserção dessa pessoa – cultura positiva da velhice –, visando dar-lhe um estatuto autónomo e activo (*successful aging*), contrariamente às ideias tradicionais de reforma passiva e «desactivadas» («envelhecimento passivo»).” (2007: 883-885)

⁹² Acórdão do Tribunal Constitucional.

16.1. Em Portugal

Para beneficiar de uma pensão de velhice, a pessoa idosa terá que ter atingido a idade normal estabelecida na lei (65 anos) para a atribuição da prestação.

A pensão de velhice é, de acordo com Neves, uma “prestação pecuniária mensal, de natureza vitalícia, atribuída na situação de velhice, que é atingida numa idade legal (65 anos), em que a lei presume, por considerá-la adequada, a cessação do exercício de actividade profissional. Em certas situações, no âmbito da flexibilização da idade da reforma, a pensão pode ser requerida em idade inferior (regime da antecipação legal da idade da reforma) ou posterior (regime de diferimento da idade da reforma) àquela. O regime jurídico da pensão de velhice consta de um diploma comum à pensão de invalidez⁹³ (DL 329/93, de 25-9). (...)” (2001: 505)

No estudo levado a cabo por Perista (2005: 170), as mulheres idosas, pelo facto de serem mais velhas, mais doentes e mais sózinhas “vêm-se, ainda, frequentemente, confrontadas com baixos níveis de protecção social na velhice.”. E a passagem à reforma e o sistema de pensões de que elas dependem, torna-as numa situação de maior desfavorecimento.

16.2. Na Holanda

No sistema geral de reforma holandês, cuja designação é AOW⁹⁴, e de acordo com Lutjens (2005), os beneficiários das prestações têm direito às mesmas, quando haja a verificação de uma de três situações, a saber: incapacidade/invalidez; morte; e velhice. E, deste modo, atribuem-se reformas baseadas nestas circunstâncias.

Continuando a exposição de Lutjens (2005), no caso concreto da reforma por velhice (cuja idade estipulada são os 65 anos, tanto para homens como para mulheres), os beneficiários dessa prestação têm direito a ela, e esse direito corresponde a 50% do

⁹³ “Prestação pecuniária mensal dos regimes de segurança social, atribuída em situação de invalidez, em princípio com carácter permanente (...). A partir dos 65 anos de idade do titular a pensão de invalidez transforma-se em pensão de velhice. (...)” (Neves, 2001: 500)

⁹⁴ AOW: Algemene Ouderdomswet. (LUTJENS, Erik. 2005. “Die Kapitalgedeckte zusätzliche Altersversorgung in den Niederlanden” In: Schlachter, Monika, Becker, Ulrich, Igl, Gerhard. “Funktion und rechtliche Ausgestaltung zusätzlicher Alterssicherung”. Deutschland: Nomos)

ordenado mínimo nacional. Em 2003, esses 50% do ordenado mínimo nacional holandês correspondia a um montante mensal de 622 euros e 26 centavos (seiscentos e vinte e dois euros e vinte e seis centavos) por pessoa. Deste modo infere-se daqui que o ordenado mínimo nacional, no ano de 2003, na Holanda era de 1244 euros e 52 centavos.

Todavia, há uma ressalva aqui a fazer.

Aqueles 50% do ordenado mínimo nacional (holandês) correspondentes a um montante mensal de 622 euros e 26 centavos (seiscentos e vinte e dois euros e vinte e seis centavos) por pessoa, referem-se concretamente a certas pessoas: àquelas que ou se encontram casadas, ou estão a viver em união de facto.

No caso das pessoas que vivam sós, a situação é diferente, na medida em que beneficiam um pouco mais do que aquelas outras referidas anteriormente. Pessoas que vivam sós beneficiam de uma prestação correspondente a 70% do ordenado mínimo nacional daquele país.

Na Holanda, o sistema de reformas baseia-se no princípio da solidariedade, maxime na solidariedade das e/ou entre as gerações.

16.3. Na Suécia

Neste país, durante o século XX, a pensão era composta de uma pensão básica e de uma pensão suplementar, que eram reguladas pelos índices do custo de vida. “Quando o custo de vida aumenta, a pensão cresce automaticamente (...).” (Bengtsson⁹⁵, 2004: 27)

A pensão de velhice era, por regra, paga aos 65 anos. E, além disso, e ao mesmo tempo, cada pessoa recebia uma pensão básica.

Para receber a pensão suplementar a pessoa “tem de ter tido rendimento de trabalho remunerado, proveniente ou de um emprego, ou de uma empresa própria. A pensão completa, incluindo as pensões básica e suplementar é equivalente a aproximadamente 65% do rendimento dos anos produtivos. Para receber a pensão completa, é preciso uma pessoa ter tido rendimento com direito a pensão durante 30 anos. (...) A pensão básica é de 95% da quantia base, para um pensionista solteiro e 115% para um casal (casados ou

⁹⁵ Ministro do Trabalho (1974-1976).

vivendo maritalmente). Por conseguinte, quando a quantia base é aumentada, a pensão é automaticamente aumentada. (...)”.

16.4. Na Grã-Bretanha

De acordo com Kaempfe (2003), a concepção de reforma na Grã-Bretanha assenta em 3 pilares: 1.º pilar) assenta no esquema estatal de pensões e designa-se por pensão básica (Basic Retirement Pension); 2.º pilar) este também se baseia no esquema estatal de pensões e diz respeito aos trabalhadores (SERPS: State Earnings Related Pension); 3.º pilar) é o esquema privado de pensões, e baseia-se nos seguros feitos através da empresa.

Quanto ao 1.º pilar, em 2002, a pensão média é de 92 gbp⁹⁶, por semana, para os homens, e 67 gbp, por semana, para as mulheres.

Mais de 2 milhões de reformados recebe um subsídio estatal: Minimum Income Guarantee.

A grande diferença no sistema de pensões britânico, é o sistema de pensões apresentado no terceiro pilar e que baseia no esquema privado de pensões. É o sistema mais positivo neste domínio.

Na Grã-Bretanha, à semelhança da Alemanha e da Suíça, embora haja uma população envelhecida, o Estado ainda não sente essa pressão, pois ainda há muitos trabalhadores no activo e a fazerem descontos.

⁹⁶ Great Britain Pound.

CAPÍTULO VI

17. O código civil de 1966

O código civil português tem 43 anos.

Remonta ao longínquo ano de 1966, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de Novembro.

O actual código civil afastou-se do modelo de sistematização do seu predecessor (o Código de Seabra, de 1866), ao receber fortes influências da sistematização germânica de que é seu sujeito o BGB⁹⁷ – [o actual Código Civil português] “por influência da sistematização pandectística germânica, perdido a sistemática antropocêntrica ou “indivíduo-cêntrica” que estruturava o Código Civil de Seabra, oriunda do Código Civil Francês, recoloca o homem como fundamento e programa de tutela juscivilística, ora já enquadrado pelo art.º 1.º da Constituição que baseia a República Portuguesa na dignidade da pessoa humana. (...)” (Carvalho citado em nota de rodapé por Sousa, 1995: 15).

A sistematização do Código Civil (português) de 1966 está estruturada por institutos: institutos jurídicos.

O que são institutos jurídicos?

Os institutos jurídicos são um “complexo de normas, interligadas e sistematizadas em torno de um ou mais objectivos, que regulam uma relação jurídica ou uma situação jurídica específica dentro dela. (...)” (Neves, 2001: 412)

Por outro lado, a divisão do código é feita por Livros. E são um conjunto de cinco esses Livros. Deste modo, – e à semelhança da sistematização do BGB⁹⁸ – a uma Parte Geral (Livro I: arts. 1.º a 396.º), acrescenta-se-lhe quatro partes de carácter especial, a saber: Direito das Obrigações⁹⁹ (Livro II: arts. 397.º-1250.º); Direito das Coisas¹⁰⁰

⁹⁷ “Bürgerliches Gesetzbuch refere-se ao Código Civil Alemão” [retirado das Lições de Alemão Jurídico: “Rechtswissenschaft”, leccionadas na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, entre Março e Junho de 2009].

⁹⁸ Compreende também cinco Livros: Allgemeiner Teil des BGB (Parte Geral do Código Civil Alemão); Schuldrecht (Direito das Obrigações); Sachenrecht (Direito das Coisas); Familienrecht (Direito da Família); Erbrecht (Direito Sucessório). [retirado das Lições de Alemão Jurídico: “Rechtswissenschaft”, leccionadas na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, entre Março e Junho de 2009].

⁹⁹ “o direito das obrigações é o conjunto das normas jurídicas reguladoras das relações de crédito, sendo estas as relações jurídicas em que ao direito subjectivo atribuído a um dos sujeitos corresponde um dever de prestar especificamente imposto a determinada pessoa. É o dever de prestar, a que uma pessoa fica adstrita, no interesse de outra, que distingue a relação obrigacional de outros tipos próximos de relações (nomeadamente dos direitos reais). (...)” (Varela, 2006: 15-16).

(também designado por Direitos Reais: Livro III: arts. 1251.º-1575.º); Direito da Família¹⁰¹ (Livro IV: arts. 1576.º-2020.º); e Direito Sucessório¹⁰² (Livro V: arts. 2024.º-2334.º).

Explica-nos Prata (2008: 1366) que “Na base da sistematização do actual Código Civil está a noção de relação jurídica¹⁰³: aí se contem uma parte geral, que engloba os elementos comuns às outras quatro partes – que se caracterizam por corresponderem a quatro espécies ou modalidades de relações jurídicas: as obrigacionais, as reais, as familiares e as sucessórias -, contendo a parte geral quatro subtítulos, cada um referido a um dos elementos da relação jurídica. É esta forma de sistematização que é conhecida por sistematização germânica ou plano Savigny, por ter sido consagrada no BGB alemão de 1900, no seguimento da sua formulação por aquele autor.”

17.1. A questão da “demência” no código civil português

Existe uma discrepância de conceitos quer no domínio jurídico, quer no psiquiátrico, em torno da questão da demência.

“Está hoje bem assente na doutrina e na jurisprudência nacionais que o conceito jurídico de demência diverge do conceito psiquiátrico com a mesma denominação, tendo uma extensão mais ampla (...), onde, de uma forma exauriente, se versa a questão, concluindo-se pela inclusão entre os fundamentos da interdição, além da afectação das faculdades propriamente intelectuais, os desvios anormais da personalidade, ainda que se refiram apenas à esfera da afectividade e da vontade, os desvios das próprias camadas instintivas, certas evoluções anormais – como a paranóia – e a vida viciosa, enquanto efeito naturalístico de uma anormalidade orgânica ou constitucional (...)” (Pinto, nota de rodapé: 1965: 6)

¹⁰⁰ “Embora a expressão direito das coisas seja, normalmente, usada como sinónimo de direitos reais, há autores que chamam a atenção para que a primeira designaria com maior propriedade o ramo do direito objectivo que encerra o regime jurídico das coisas consideradas em si mesmas, independentemente dos direitos subjectivos que sobre elas podem incidir, enquanto a segunda seria mais restrita, designando os direitos subjectivos de natureza real. (...)” (Prata, 2008: 501).

¹⁰¹ O direito da família é o conjunto das normas jurídicas que regulam as “relações jurídicas familiares”, sendo estas “o casamento, o parentesco, a afinidade e adopção.” (Lima, Varela, 1992: 11-12).

¹⁰² O direito sucessório consiste no “ramo civilístico integrado pelas normas que disciplinam a transmissão mortis causa [por causa da morte, em virtude da morte] do património das pessoas”. (Costa, 1991: 517).

¹⁰³ “Em sentido lato, é qualquer relação da vida social que seja juridicamente relevante, isto é, a que o direito atribua efeitos. Em sentido restrito, é a relação interprivada que o direito regula através da atribuição a um sujeito de um direito e a imposição ao outro de um dever ou sujeição. (...)” (Prata, 2008: 1271)

Iavolenus (citado por Justo, 2007: 11) adverte, com a *prudentia* necessária, que “em direito civil toda a definição é perigosa” (Digesto 50,17, 202: “*Omnis definitio in iure civili periculosa est*”).

Com algum cuidado, podemos então começar por dizer que em sentido lato, demência é “(...) o enfraquecimento mais ou menos grave das faculdades intelectuais sob influência de lesões do cérebro” (Costa, 2006: 490); num sentido mais estrito, canalizado já para a vertente jurídica, a demência impossibilita a pessoa de tal modo para a regência da sua pessoa e de seus bens. Ou seja, é a “anomalia psíquica ou mental que torna um indivíduo incapaz de governar a sua pessoa e de dirigir os seus bens.” (Costa, 2006: 490).

No acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 27 de Janeiro de 2005, fixou-se que a demência é “o conjunto de perturbações mentais graves que alteram a estrutura mental da pessoa em causa, com profunda diminuição da sua actividade psíquica (funções intelectuais e afectividade) tornando-a incapaz de reger a sua pessoa e bens.” (Belo, 2009: 40)

Utilizando com a mesma significação demência, e anomalia psíquica, aquela consiste em “(...) qualquer anomalia que se manifeste, quer no domínio do entendimento quer no da vontade, e que incapacite o indivíduo de reger a sua pessoa e/ou governar os seus bens. (...)” (Prata, 2008: 462)

O Código Civil de 1966 refere-se à questão da “demência” no seu Livro IV referente ao Direito da Família, mormente no que respeita aos impedimentos matrimoniais do casamento civil. Todavia, no cômputo de todo o Código Civil português, a questão *sub judice* é estritamente abordada apenas pela alínea de um artigo. A esse propósito, refere-se-lhe a alínea *b*) do art.º 1601.º (Código Civil, 2007: 311), que dispõe o seguinte:

Artigo 1601.º

(Impedimentos dirimentes absolutos)

São impedimentos dirimentes, obstando ao casamento da pessoa a quem respeitam com qualquer outra:

a) (...)

b) A demência notória, mesmo durante os intervalos lúcidos, e a interdição ou inabilitação por anomalia psíquica;

c) (...)

O que são, por conseguinte, impedimentos matrimoniais?

Impedimentos matrimoniais (do casamento civil) são todas aquelas situações que impedem juridicamente a celebração do casamento. E por isso podem ser de dois tipos: impedientes¹⁰⁴ e dirimentes.

Ao nosso estudo concretamente interessam-nos os impedimentos dirimentes absolutos, mas, tão-só, para clarificar a questão em torno da “demência” no Código Civil Português. Porque na realidade esta questão da demência só encontra expressão, no Código Civil Português, na alínea daquele artigo: 1601.º, alínea *b*). Senão, vejamos o que nos dizem os vários autores a esse respeito.

Com efeito, e para compreender o exposto, segundo Prata (2008: 728) os impedimentos dirimentes “(...) determinam a anulabilidade¹⁰⁵ do casamento celebrado apesar deles (art.º 1631.º-*a*), CC¹⁰⁶ (...)”

Impedimentos dirimentes esses que podem ser: absolutos e relativos¹⁰⁷. Os impedimentos dirimentes são absolutos (art.º 1601.º C.C.) quando “(...) obstam, em qualquer caso, à celebração do casamento (...)” (Prata, 2008: 798), como é o caso da demência notória, mesmo durante os intervalos lúcidos, e a interdição ou inabilitação por anomalia psíquica, como explica a alínea *b*) do art.º 1601.º.

Também Coelho (1986: 260) segue a linha de orientação de Pinto, ao explicar que “Importa ter em conta que o conceito jurídico de demência não coincide com o psiquiátrico: demência, para o direito civil, é simplesmente o mesmo que anomalia mental ou psíquica. Não se trata, portanto, apenas daquela particular doença mental que se chama “demência” no foro psiquiátrico, mas de qualquer anomalia, quer se projecte no domínio da inteligência quer no da vontade, que impeça o indivíduo de reger convenientemente a sua pessoa e os seus bens. (...)”

O Código Civil de 1867 (também conhecido por Código de Seabra, por se referir ao Conde de Seabra, seu autor, e que precedeu o Código Civil de 1966: e, portanto, este é o que ainda vigora) chamava demência ao que o Código de 1966 designa por anomalia psíquica.

¹⁰⁴ São os impedimentos ao casamento enumerados no artigo 1604.º CC. Os casamentos celebrados com estes impedimentos são válidos, mas os cônjuges estão sujeitos a sanções de natureza patrimonial.

¹⁰⁵ “Característica de um acto jurídico inválido, por vício de forma ou de fundo, que permite (...) requerer a respectiva anulação. (...)” (Prata, 2008: 135)

¹⁰⁶ Código Civil.

¹⁰⁷ São impedimentos que apenas obstam o casamento com determinadas pessoas – artigos 1602.º e 1603.º CC.

Continuando a linha de rumo de Prata (1990: 183) “(...) A doutrina continua a utilizar o termo [demência] para significar qualquer anomalia que se manifeste , quer no domínio do entendimento quer da vontade, que incapacite o indivíduo de reger a sua pessoa e governar os seus bens. O código actual ainda utiliza, por vezes, a expressão, como acontece no art.º 1601.º-b), onde se estabelece que constitui impedimento dirimente absoluto do casamento «a demência notória, mesmo durante os intervalos lúcidos...».”

A este propósito prossegue Coelho (1986: 260-261) “(...) as razões do impedimento depreendem-se do respectivo regime jurídico (...), a lei não visa aqui (...) a protecção do interesse *particular* do próprio cônjuge psiquicamente anormal; os interesses que se querem proteger com o impedimento de demência são interesses *públicos*, de ordem eugénica e social. Pretende-se evitar que as taras do demente se transmitam para os filhos e defender sob este aspecto a própria sociedade (razão de ordem eugénica); por outro lado (razão de ordem social), quer a lei evitar que se constituam famílias que não sejam, no corpo social, células sãs e úteis, como não o seriam, decerto, as famílias em que algum dos cônjuges fosse portador de anomalia psíquica.”

Coelho faz ainda a distinção quanto à demência de direito e à simples demência de facto.

Assim, “(...) importa considerar a extensão do impedimento (...). O impedimento de *interdição* ou *inabilitação* por anomalia psíquicas só existe desde a data do trânsito em julgado¹⁰⁸ da respectiva sentença, mas a sentença que decreta a interdição ou a inabilitação deve fixar, sempre que possível, a data do começo da incapacidade (...), *presumindo-se* que a incapacidade já existia desde essa data. (...) Note-se que, tratando-se de demência de facto, requer ainda a lei a *notoriedade* da demência (...). O código dá uma noção de facto notório no art.º 257.º, n.º 2. Se o autor da declaração, por qualquer causa accidental, não era capaz de entender o sentido da declaração ou não tinha o livre exercício da vontade, a declaração pode ser anulada se o facto era notório ou conhecido do declaratório, considerando-se o facto *notório* “quando uma pessoa de normal diligência o teria podido notar” (...)” (Coelho, 1986: 261-262)

A este respeito, e corroborando com as opiniões anteriores, refere-se o Código Civil Anotado (Lima, Varela, vol. IV, 1992: 83) “(...) A demência abrange toda a anomalia psíquica que torne o indivíduo incapaz de governar a sua pessoa e seus bens (art.º 138.º) e

¹⁰⁸ “Uma decisão judicial, seja sentença ou despacho, transita em julgado quando se torna insusceptível de recurso ordinário ou de reclamação. (...)” (Prata, 2008: 1427)

não apenas a doença mental que tem aquele nome técnico no domínio da psiquiatria (...). Se assim é para o comum dos negócios jurídicos, por maioria de razão o será para um contrato com os efeitos especialíssimos que tem o casamento, como logo o atesta o facto de ao impedimento servir de fundamento, não apenas a *interdição*, mas também a mera *inabilitação* por anomalia psíquica. A nota mais destacada do regime fixado para a demência é a afirmação expressa, feita na alínea *b*) do artigo 1601.º, de que a demência (notória) constitui impedimento mesmo durante os intervalos lúcidos. (...)”

Em sede do lugar que a problemática da demência ocupa no Código Civil Português, que nos remete para o domínio dos impedimentos dirimentes absolutos, diz ainda o Código Civil Anotado (vol. IV, 1992: 83) que “A rejeição formal da teoria dos intervalos lúcidos neste ponto mostra que na base da disposição legal não está uma pura consideração de ordem psicológica, fundada na falta de uma vontade livre e esclarecida (...). São principalmente razões de ordem eugénica e social”, [como referiu oportunamente Coelho]. “(...) Tanto basta para concluirmos também que por demência *notória* entende a lei, não só a que é *visível, ostensiva, patente, observável* por quem quer que seja, mas também a que é *geralmente conhecida* no meio, não se tornando necessário que ela seja reconhecível para o outro nubente (...). Se a excepção dos intervalos lúcidos não procede em relação à demência que é apenas *notória*, por maioria de razão não vingará em face da demência que, reconhecida judicialmente, tenha já servido de base à sentença de interdição e inabilitação por anomalia psíquica. (...)”

Por conseguinte, a questão da “demência” no Código Civil Português não tem uma regulamentação autónoma – o que se pode concluir que o legislador não achou importante dar-lhe essa autonomia em capítulo próprio - estando retratada, tão-só, na temática respeitante aos impedimentos matrimoniais do casamento civil.

Talvez, num futuro (próximo...), com as mutações sociais e as fragilidades que tais mutações trazem sempre implícitas, esta questão da demência ganhe uma outra amplitude e possa, porventura, tornar-se objecto de preocupação do legislador em capítulo autónomo colmatando assim a lacuna que, neste momento, constitui ao nível do direito positivado, pelo facto do tema se encontrar apenas plasmado num artigo referente aos impedimentos matrimoniais.

CAPÍTULO VII

18. O Idoso

Como todo o ser humano, o idoso é também uma pessoa, e como toda a pessoa é, de igual modo, um sujeito jurídico titular de direitos e de deveres.

Mas perguntamos então: que direitos são esses? Onde é que eles se encontram consagrados? E o que é ser pessoa jurídica para o gozo dessa panóplia de direitos?

A pertinência destas questões insiste em que se formule ainda uma outra questão, tão importante quanto as outras supra referidas, e que vai servir de ponto de partida para a compreensão deste desafio cognitivo.

Destarte, interrogamos sobre: o que é ser pessoa? O que é a pessoa humana?

18.1. Pessoa humana

Variadas discussões filosóficas (embora não nos iremos ocupar delas neste trabalho) marcam a cindibilidade entre “ser humano” e “pessoa”.

Podemos começar por dizer que pessoa humana é o sujeito racionalmente considerado na sua individualidade física e espiritual. É o Homem.¹⁰⁹ E este é um ser relacional, na medida em que estabelece elos de ligação com os outros seus congêneres, mediante critérios axiológico-normativos – que lhe permitem distinguir o bom do falso, o bem do mal - que o orientam no seu modo de estar e de viver na vasta rede sócio-institucional: o “eu” com os “outros”.

¹⁰⁹ “Ao identificar o Homem com *persona*, o pensamento actual já não quer afirmar aquilo que o Homem é, mas tão só designar um fenómeno do qual não conhece nem a essência nem a natureza. Homem e pessoa são, em muitos discursos, nomes de uma mesma realidade, distintos, quanto muito na generalidade, e por isso aparecem, ao sujeito cognoscente, como termos equivalentes na mesma interrogação. Daqui se compreende que os discursos mais díspares acerca da realidade humana, que opõem entre si visões totalmente diversas do Homem, não ponham em causa nem rejeitem a noção de pessoa. (...)” (Gonçalves, 2008: 19)

“Acreditamos todos no artigo primeiro da Declaração Universal dos Direitos do Homem, segundo o qual os seres humanos¹¹⁰ nascem livres e dotados de razão (...).” (Supiot, 2005: 28)

A reflexão sobre o Homem surgiu com Filosofia grega. Contudo na Ética grega, o Homem não era perspectivado pela importância que tinha como Pessoa, mas antes pela posição que ocupava como cidadão perante a cidade.

A noção de pessoa propriamente dita emerge só, tardiamente, com o cristianismo.

“A origem etimológica do termo pessoa vive encerrada numa neblina de mistério. (...) Pessoa aparece assim ligada ao teatro grego, à máscara da tragédia antiga... Era no teatro, era envergando a máscara grega, que o homem se tornava pessoa. (...) Também em Roma, a noção de pessoa é assim recebida. BELLINCIONI chama a atenção para esta realidade no emprego da palavra *persona* em Cícero e Séneca. (...) Foi necessário surgir o cristianismo, para que a teologia cristã dotasse de conteúdo metafísico o conceito de pessoa, e superasse a visão monista da realidade, subjacente à antropologia antiga. (...) O diálogo entre a Fé Cristã e a filosofia greco-latina cedo se fez sentir. (...) O pensamento teológico não é uma especulação filosófica que descobre o objecto da fé. Antes pelo contrário. O pensamento teológico parte de uma verdade revelada, contida e conservada no *depositum fidei*, e procura compreendê-la, explicá-la e ilustrá-la racionalmente. (...) Ao ser introduzido na teologia cristã, o conceito *persona* (...), pessoa passou a designar uma realidade substantiva, passou a ser uma verdadeira categoria ontológica. A noção de pessoa é, em justiça, uma criação da teologia cristã. (...)” (Gonçalves, 2008: 20-21, 24)

Corroborando com o que ficou exposto atrás, Campos fornece-nos também esta visão/ideia “A descoberta do eu, enquanto pessoa, categoria englobante da alma e do corpo indissociáveis, dotados de razão e perfectíveis, é recente, mesmo no pensamento ocidental. Os antropólogos têm vindo a demonstrar que, para o pensamento primitivo, o indivíduo, enquanto tal, não é significativo: o ser exprime-se (é) através de papéis funcionais em situações determinadas, ou por um lugar social que lhe é atribuído por nascimento ou pelo funcionamento da sociedade. (...)” (2004:13)

¹¹⁰ Para Kant, “ (...) O ser humano está dotado de um valor absoluto apenas enquanto considerado como pessoa. (...)” (Ricken, 2006: 72)

18.2. Pessoa jurídica

Vimos o que era pessoa (humana), no plano ontológico.

Interessa-nos agora perceber qual o significado e amplitude de pessoa em sentido jurídico. Para depois perceber os direitos que assistem ao Idoso e onde se encontram eles consagrados.

Diz-nos Prata que pessoa jurídica é “o ente a que a lei atribui personalidade jurídica.” (2008: 1066). E essa imputação (da personalidade jurídica) tanto pode ser em relação a uma pessoa singular¹¹¹ como também a uma pessoa colectiva¹¹². Significa isto que a personalidade jurídica não se esgota, ou não é domínio exclusivo das pessoas singulares. Uma organização de pessoas ou bens, por exemplo, é igualmente dotada de personalidade jurídica.

Ainda segundo a jurista “(...) O direito reconhece personalidade a todos os seres humanos: o art.º 66.º CC, dispõe que a personalidade se adquire no momento do nascimento completo e com vida, e o art.º 68.º estabelece que o seu termo coincide com a morte da pessoa. (...)” (2008: 1066)

O que é então a personalidade jurídica?

A personalidade jurídica, de acordo com Pinto (1992) consiste na capacidade para ser titular, isto é, para ser sujeito autónomo de relações jurídicas¹¹³. Esta capacidade e/ou aptidão, é, relativamente ao idoso, “(...) uma exigência do direito ao respeito e da dignidade que se deve reconhecer a todos os seres humanos.” (Pinto, 1992: 191)

Por conseguinte, a personalidade jurídica consiste na susceptibilidade de ser titular de direitos e obrigações, imputável a toda a pessoa humana (personalidade singular).

Como já foi dito atrás, o próprio Código Civil estipula que o indivíduo adquire a personalidades jurídica, sem mais, no momento do nascimento completo e com vida (art.º 66.º, n.º 1). Não se verifica, pois, que quer dizer não há necessidade de qualquer acto de imputação por parte do ordenamento jurídico. Este (ordenamento jurídico) limita-se a aceitar, como tal, a personalidade de cada indivíduo, de cada pessoa singular, de cada

¹¹¹ “Todo o indivíduo nascido com vida é uma pessoa jurídica. (...)” (Prata, 2008: 1066)

¹¹² “Organização de pessoas ou bens destinada a prosseguir determinados fins, a que a lei atribui personalidade jurídica, isto é, que pode ser titular de direitos e obrigações. (...)” (Prata, 2008: 1064)

¹¹³ “Em sentido lato, é qualquer relação da vida social que seja juridicamente relevante, isto é, a que o direito atribua efeitos. Em sentido restrito, é a relação interprivada que o direito regula através da atribuição a um sujeito de um direito e a imposição ao outro de um dever ou sujeição.” (Prata, 2008: 1271)

idoso, não obstante a fragilidade e a vulnerabilidade deste (idoso). Ao aceitar a personalidade jurídica de cada indivíduo, o Código Civil Português assume a garantia jurídica da igualdade e da dignidade da pessoa humana, garantia essa que se traduz ainda na vasta protecção por ele (Código Civil) concedida aos direitos de personalidade.

Por isso mesmo, qualquer idoso goza dos chamados direitos de personalidade.

19. Os Direitos de Personalidade

“É corrente a ideia de que foram os Juristas romanos a “inventar” a personalidade jurídica.” (Campos, 2004: 23)

De uma maneira geral, as pessoas, quando participam no tráfico jurídico, isto é, quando na qualidade de sujeitos, estabelecem as mais variadas relações jurídicas - como refere o Código Civil Anotado, de Pires de Lima e Antunes Varela, a propósito do artigo 67.º: “(...) A esta possibilidade genérica de as pessoas serem titulares de todas as relações jurídicas de que não sejam expressamente excluídas (em função da idade, do seu estado, do múnus ou da profissão que exerçam, etc.) é que a lei dá o nome de capacidade (capacidade de gozo de direitos). A capacidade de gozo é, assim, definida por via genérica, indirecta ou negativa e não de modo específico, directo ou positivo.” (1987: 102) -, fazem-no como pessoas em sentido jurídico, ou como pessoas jurídicas¹¹⁴. Para o efeito, possuem personalidade e/ou capacidade jurídicas. A capacidade jurídica é a medida de direitos e obrigações de que uma pessoa pode ser titular.

Há que distinguir na capacidade jurídica, segundo Prata: “a) A *capacidade de gozo* que é a medida de direitos e obrigações de que uma pessoa pode ser titular. Toda a pessoa singular tem capacidade de gozo, a que não pode renunciar, sendo esta tendencialmente ilimitada; em alguns casos ela encontra-se limitada: assim, por exemplo, os menores não têm direito de voto como não têm direito a testar (...) – art.ºs 67.º e 69.º, CC -; b) A *capacidade de exercício* é a possibilidade que uma pessoa tem de praticar, pessoal e livremente, actos jurídicos, isto é, de exercer direitos e cumprir deveres. (...)” (2008: 227)

O que são então os chamados direitos de personalidade?

¹¹⁴ “É o ente a que a lei atribui personalidade jurídica. Pode ser uma pessoa singular ou colectiva, consoante se trate de uma pessoa física ou de uma organização de pessoas ou bens. O direito reconhece personalidade a todos os seres humanos: artigo 66.º, CC,” dispõe que a personalidade se adquire no momento do nascimento completo e com vida, e o artigo 68.º estabelece que o seu termo coincide com a morte da pessoa. (...)” (Pata, 2008: 1066)

Sabemos que se encontram regulados nos art.ºs 70.º e segs do Código Civil.

TÍTULO II
Das Relações Jurídicas

Subtítulo I
Das Pessoas

CAPÍTULO I
Pessoas Singulares

Secção II
Direitos de Personalidade

Artigo 70.º
(Tutela geral da personalidade)

1. A lei protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita ou ameaça de ofensa à sua personalidade física e moral.
2. Independentemente da responsabilidade civil a que haja lugar, a pessoa ameaçada ou ofendida pode requerer as providências adequadas às circunstâncias do caso, com o fim de evitar a consumação da ameaça ou atenuar os efeitos da ofensa já cometida.

O Código Civil Anotado (com anotações de Doutrina¹¹⁵), refere-se-lhe (ao artigo 70.º), ao dizer que “À responsabilidade por ofensas à personalidade física ou moral são aplicáveis, em termos gerais, os artigos 483.º e seguintes. Não se indicam concretamente no n.º 2 quais possam ser as providências a requerer pelo ofendido. (...) O artigo limita-se a declarar, em termos muito genéricos e muito sucintos, a ilicitude das ofensas e ou das ameaças à personalidade física ou moral dos indivíduos, sem descer à minuciosa referência analítica a que recorrer, por exemplo, o anteprojecto do Código francês (...). Mas daquela referência genérica pode, sem dúvida, inferir-se a existência de uma série de direito (à vida, a integridade física, à liberdade, à honra, ao bom nome, à saúde, até ao repouso essencial à existência física, etc.) que a lei tutela nos termos do n.º 1 do artigo. (...) As

¹¹⁵ Pires de Lima e Antunes Varela.

providências a que o n.º 2 se refere são requeridas e decididas nos termos do processo especial regulado no (...) Código de Processo Civil [CPC]” (1987: 104)

Na doutrina alemã, o direito geral da personalidade “é reconhecido, pelo menos desde a primeira metade do século XIX, por PUCHTA (...)” (Campos, 1991: 165)

Os direitos de personalidade são, na nomenclatura jurídica, direitos absolutos¹¹⁶ ou *erga omnes* (contra todos). Trata-se de direitos oponíveis. Isto é, aqueles que impõem a todos os sujeitos jurídicos um dever geral de respeito. A violação deste dever, quando cause danos ao titular de tais direitos, constitui o lesante, como foi dito atrás, em responsabilidade civil extra-contratual¹¹⁷, nos termos dos art.ºs 483.º e seguintes do CC.

A fragilidade e a vulnerabilidade não diminuem o idoso, que continua a ser sujeito de direitos. Não nos podendo esquecer de que ele goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

“Ainda que uma pessoa não disponha de quaisquer direitos patrimoniais, ela é necessariamente titular do conjunto de direitos absolutos que respeitam às várias manifestações, físicas e morais, da sua personalidade: é a tal conjunto que se dá a designação de direitos de personalidade. (...) Os direitos de personalidade são irrenunciáveis, embora possam, dentro de certos limites, ser objecto de limitações voluntárias por parte do seu titular (...)” (Prata, 2008: 524)

Os direitos de personalidade têm, no Código Civil de 1966, uma consagração especial.

Com efeito, “Com o novo Código Civil de 1966, a referência a direitos originários desaparece, em sede de pessoas singulares, surge uma secção dedicada aos direitos de personalidade. A figura germânica, já antes acolhida em alguma doutrina e até integrada no próprio sistema do Código de Seabra, via agora a sua consagração absoluta num texto normativo português. (...) Com a consagração dos direitos de personalidade no actual Código Civil, o legislador português (...) foi, de certo, além do Código Civil Italiano na sua consagração modesta do direito ao nome e do direito à imagem, e, ultrapassou, em muito, o Código Civil Alemão, ao abrigo do qual a própria figura dos direitos de personalidade havia nascido... Como afirma Menezes Cordeiro, “o Código Civil de 1966” conservou a tradição portuguesa das leis avançadas, no tocante à tutela da pessoa. Já em

¹¹⁶ “aquele que impõe a todos os outros sujeitos jurídicos um dever geral de respeito. A violação deste dever, quando cause danos ao titular de direito, constitui o lesante em responsabilidade civil extra-contratual (...). Paradigmáticos de direitos absolutos são os direitos de personalidade (...).” (Prata, 2008: 498)

¹¹⁷ Responsabilidade civil extra-contratual, delitual ou aquiliana é aquela que “resulta da violação de direitos subjectivos que não sejam creditícios ou de interesses legalmente protegidos. (...)” (Prata, 2008: 1306)

vigência do actual Código Civil, o tratamento dogmático dos direitos de personalidade só tarde veio seduzir a doutrina (...)” (Gonçalves, 2008: 82, 84)

No que toca concretamente ao idoso, sublinha Sousa (1995: 172-174) que o “período de envelhecimento humano, salvaguardada a relatividade deste conceito mesmo do ponto de vista biológico, também é tido devidamente em conta no âmbito do objecto da tutela geral da personalidade prevista no art.º 70 CC. Desde logo, impondo aos demais homens e instituições um dever de respeito e de atenção especial pelas características das pessoas sujeitas àquele processo, outorgando direitos de participação social em função da sabedoria e da experiência adquiridas e graduando, no caso de ofensas ou de ameaças ofensivas, a extensão dos danos a indemnizar ou o conteúdo das medidas preventivas ou atenuadoras, em função também da situação e da dinâmica dos bens humanos sujeitos a tal processo. Nesta linha de consideração jurídica do processo de envelhecimento, a nossa lei estabelece ainda determinadas incapacidades de gozo, muito restritas, a partir de certa idade das pessoas físicas, mas, atribui-lhes, em contrapartida, alguns direitos especiais quer em função das suas carências quer em função das virtualidades da própria idade. (...) Assim, sem prejuízo do princípio da igualdade de direitos e deveres de todos os cidadãos e até por causa dele, a lei estabelece para interditos, inabilitados, dementes notórios e incapazes acidentais regimes especiais de incapacidade de exercício e por vezes mesmo de incapacidade de gozo, reponderando em sede de invalidades os actos por eles praticados e impondo, desse modo e face ao n.º 1 do art.º 70.º CC, deveres especiais de atenção e respeito, face às particularidades de cada carenciado, às pessoas que com eles se relacionam, deveres esses que inclusivamente são susceptíveis de gerar responsabilidade civil e de legitimar a adopção das providências previstas no n.º 2 do art.º 70.º CC. E a mesma tutela geral da personalidade, singularizada no ser do respectivo titular, nos parece valer para qualquer portador de deficiência física ou psíquica. (...)”

20. As Incapacidades Jurídicas

“A tensão entre protecção e promoção da autonomia vive-se na determinação da “incapacidade”. Não será, portanto, de estranhar o surgimento na doutrina de posições que

sustentam que a incapacidade é uma ficção determinada por valores. (...)” (Vítor, 2008: 20-21)

Coloca-se a questão das incapacidades jurídicas quando falamos em capacidade de gozo e capacidade de exercício de direitos.

A capacidade jurídica, consiste, segundo Prata (1990: 87), na “medida de direitos e obrigações de que é susceptível um sujeito de direito. Distinguem-se na capacidade jurídica: a) a capacidade de gozo é a susceptibilidade de ser sujeito de direitos e de obrigações (toda a pessoa física tem capacidade de gozo, a que não pode renunciar) – art.ºs 67.º e 69.º, C.C.; b) a capacidade de exercício é a possibilidade que uma pessoa tem de praticar, pessoal e livremente, actos jurídicos, isto é, de exercer direitos e cumprir deveres. (...)”

A capacidade de gozo de direitos fixa a ideia de se ser titular de direitos e obrigações; todavia, a questão levanta-se para as situações da capacidade de exercício, isto é, para quem, não sendo incapaz, acabou por ficar a sê-lo devido a doença degenerativa, doença do foro neurológico, que o incapacitou. Neste caso, o idoso vê a sua capacidade de exercício fortemente comprometida.

Os meios de tutela do direito são um modo de resposta, do ordenamento jurídico, face às fragilidades dos idosos, ou de qualquer pessoa que se encontre em situação de ingente vulnerabilidade.

Relativamente aos idosos, quando estes se tornam incapazes de governar a sua pessoa e/ou os seus bens, eles enquadram-se, então, numa de duas figuras jurídicas: interdição e inabilitação.

Em que consistem estas duas figuras jurídicas da interdição e da inabilitação?

A interdição é a “Situação jurídica de uma pessoa que se encontra, total ou parcialmente, privada do exercício pessoal e livre dos seus direitos, em virtude de uma decisão judicial. Podem ser declarados interditos todos aqueles que, por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, se mostrem incapazes de governar a sua pessoa e bens (artigo 138.º, CC), pelo processo estabelecido nos artigos 944 e segs., CPC, a maioria dos quais tem a redacção do Decreto-Lei n.º 329-A/95, de 12 de Dezembro. (...) A interdição torna o sujeito incapaz de exercício, equiparando-o à situação de menor. Há, porém, que distinguir entre a interdição por anomalia psíquica (cujos efeitos incapacitantes juridicamente são mais extensos) e a interdição por outra causa. (...)” (Prata, 2008: 797)

A anomalia psíquica a que se refere a figura da interdição jurídica diz respeito a deficiências do intelecto, que se manifestam no entendimento e/ou no discernimento, na vontade e na afectividade (a título de exemplo, a esquizofrenia, as demências, etc.)

A forma suprimimento da interdição é feita mediante o instituto da tutela, ficando ao cuidado do tutor a prática do exercício dos direitos que caberiam ao interdito, se este não sofresse da incapacidade que o diminui. Deste modo, o tutor age como representante do interdito, todavia, o interdito pode actuar por si próprio desde que o faça com a prévia autorização do seu tutor.

O suprimimento da interdição em caso de anomalia psíquica pode, do mesmo modo, ser feito por um curador, “pessoa encarregada de assistir a um inabilitado e de administrar o respectivo património, no todo ou em parte, de acordo com a decisão do Tribunal.” (Prata, 2008: 419)

Após decretada judicialmente a interdição e feito o seu registo na Conservatória do Registo Civil, são anuláveis os negócios realizados pelo sujeito interditado (art.º 148.º CC).

A incapacidade da pessoa interditada só cessa após sentença judicial proferida no âmbito de acção proposta pelo interdito, ou por outros sujeitos mencionados no n.º 1 do art.º 151.º CC. Mas tal não significa, forçosamente, que a causa de interdição tenha cessado, pelo que se reputa como necessário a averiguação de prova médica nesse sentido.

Segundo Pinto, haverá anulação dos negócios jurídicos “realizados pelo demente que só ulteriormente foi interdito”, exigindo-se, no entanto a prova da demência “no período em que o acto foi praticado e a demonstração da notoriedade (evidência ou conhecimento geral) da demência ou do seu conhecimento pela contraparte. A doutrina tem, em geral, entendido, porém, e aceita-se esta conclusão, que, uma vez provados estes requisitos, pode a outra parte afastar a nulidade provando que no momento do acto o demente estava num intervalo lúcido.” (1965: 33)

Por seu turno, a inabilitação é a situação (jurídica) em que se encontra uma pessoa (art.º 152.º CC) que, em consequência de uma decisão judicial, não pode, por si só, realizar determinados actos jurídicos, carecendo, para o efeito, da respectiva “autorização (art.º 153.º CC) de um curador¹¹⁸ (art.º 154.º CC)”. Neste domínio, ganha importância a figura da curatela. A curatela, mais não é do que o “instituto destinado a prover à assistência a

¹¹⁸ “Pessoa encarregada de assistir a um inabilitado e de administrar o respectivo património, no todo ou em parte, de acordo com a decisão do tribunal” (Prata, 2008: 419)

certos indivíduos maiores, declarados inabilitados em virtude de anomalia psíquica (...), de carácter permanente, mas sem gravidade que justifique a interdição - art.º 152.º CC –; (...) os actos do inabilitado que carecem de autorização de curador são todos os actos de disposição de bens entre vivos e, além destes, todos os que forem especificados na sentença que declara a inabilitação. (...)” (Prata, 2008: 421)

“(...) A inabilitação tem, pois, causas comuns em relação à interdição, tendo como causas próprias, a prodigalidade, o alcoolismo, e a toxicodependência. (...) a inabilitação correspondendo (...) a uma limitação de menor extensão da capacidade de exercício do sujeito. (...)” (Prata, 2008: 745)

No seu estudo sobre as pessoas com capacidade diminuída, a jurista Paula Távora Vítor expõe relativamente ao regime de protecção, que têm legitimidade “ (...) para intentar a acção de interdição e inabilitação (...) duas novas personagens. Em primeiro lugar, encontramos o próprio beneficiário que, apercebendo-se do declínio das suas capacidades, pode accionar estes meios. Em segundo lugar, também teremos o membro da união de facto a poder desempenhar este papel. Esta é uma opção que pretende atender ao grau de proximidade com a pessoa a proteger e que se encontra em consonância com as recentes consagrações legislativas no campo do direito das pessoas. Estabelecem-se ainda obrigações de activação a cargo de determinadas entidades, que devem dar conhecimento da necessidade de protecção aos órgãos competentes. (...)” (2008: 315-316) Ainda no entendimento da jurista, sobre *os instrumentos de protecção* “(...) optei por uma figura combinada de “mandato permanente” e de “administrador” (...). O “mandato permanente” obedece e serve o valor da autonomia. (...) A função primeira do mandatário é administrar os bens da pessoa protegida. (...)” (2008: 317-318)

O direito italiano, distingue a incapacidade legal¹¹⁹ da incapacidade de facto¹²⁰. “Os autores fazem (...) uma importante distinção para as pessoas idosas; frisam que a idade avançada não exclui por si só a capacidade da pessoa para reger os seus assuntos. Assim, antes de se recorrer às medidas mais drásticas (interdição e inabilitação), o idoso capaz pode servir-se da procuração para criar um representante voluntário que pratique determinados actos em seu nome. Por fim, a interdição e a inabilitação saltam para a ribalta

¹¹⁹ “Qualidade da pessoa privada pela lei do gozo ou do exercício de certos direitos. A incapacidade diz-se de exercício quando a pessoa não pode exercer os seus direitos ou cumprir os seus deveres, por si só e livremente. Incapazes de exercício, embora em termos algo diversos, são os menores, os interditos e os inabilitados. (...) A incapacidade diz-se de gozo quando a pessoa não pode ser titular de um ou mais direitos ou deveres. (...)” (Prata, 2008: 747)

¹²⁰ “Situação em que se encontram as pessoas que, não tendo a sua capacidade juridicamente afectada, sofrem de perturbações ou anomalia que as torna inaptas para o exercício dos seus direitos e cumprimento dos seus deveres (ou de alguns deles). (...)” (Prata, 2008: 748)

nos casos em que é necessário o suprimento da vontade das pessoas com incapacidade. Nestes casos, a capacidade de agir é total ou parcialmente limitada por via judicial. Dado que o pressuposto destes instrumentos é a existência de uma doença mental, o declínio físico e psíquico associado ao envelhecimento pode colocar os idosos na situação de ter de recorrer a estas medidas. Terão, assim, as vantagens de um regime de protecção, mas também as pesadas consequências de ser interdito ou inabilitado: anulabilidade¹²¹ dos actos por si praticados e representação por parte de um tutor¹²² ou sujeição ao aval do curador. Todavia, a falta de capacidade intelectual e volitiva que pode existir, como é frequente no caso dos idosos, na ausência de uma doença específica, pode não ser declarada pelo Tribunal. São os casos da chamada incapacidade natural. (...)” (Vítor, 2004: 133)

No Direito alemão introduziu-se um instituto jurídico para o suprimento de incapacidades de adultos, que relativamente aos idosos vem promover o surgimento de uma figura, juridicamente com idoneidade para isso, (que pode ser um familiar ou alguém estranho à família; o idoso tem a faculdade de poder escolher o assistente) que se substitua a eles (idosos), na regência dos seus interesses – é o instituto jurídico da Assistência, que na terminologia linguística alemã designa-se por: “*Die Betreuung*” (a Assistência). A reforma alemã de 1992, acabou com o instituto da tutela e com a figura do tutor (embora o Tribunal da Tutela se tivesse mantido), e introduziu esta figura da Assistência (“*Die Betreuung*”) e também do assistente (“*der Betreuer*”), que irá actuar em nome do assistido (“*der Betreute*”). Ficou dito que a reforma alemã de 1992 introduziu o instituto da Assistência, porém foi a Escandinávia a pioneira neste domínio, ao passo que a Suíça só agora está a proceder a essa reforma. [retirado das Lições de Alemão Jurídico: “*Rechtswissenschaft*”, leccionadas na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, entre Março e Junho de 2009].

¹²¹ “Característica de um acto jurídico inválido, por sofrer de um vício que permite, por via de acção ou de excepção, requerer a respectiva anulação. (...) O acto anulável, apesar de viciado, comporta-se juridicamente como se fora válido, sendo os seus efeitos retroactivamente destruídos quando é exercido o direito potestativo de anulação. (...)” (Prata, 2008: 135)

¹²² “É um dos órgãos – e o mais importante – do regime de tutela. Quando se trata da tutela de interditos, ela cabe às pessoas referidas no art.º 143.º, CC, e, pela ordem nele estabelecida. (...)” (Prata, 2008: 1494)

21. Vícios de vontade

Vícios da vontade são vicissitudes, perturbações, desvios que ocorrem durante o processo de formação da vontade, “operando de tal modo que esta, embora concorde com a declaração, é determinada por motivos anómalos e valorados, pelo direito, como ilegítimos. A vontade não se formou de um de um «modo julgado normal e são.»” (Pinto, 1992: 501)

São vícios da vontade, entre outros, o erro¹²³, artigos 247.º e segs. CC; a coacção¹²⁴, artigos 255.º e 256.º CC; o dolo¹²⁵, artigos 253.º e 254.º CC; a incapacidade acidental¹²⁶, artigo 257.º CC, etc.

Significa isto que num negócio jurídico¹²⁷, a “vontade da parte pode ter sido viciada ou falseada no seu processo formativo, de tal modo que – embora a declaração seja conforme à vontade formada, não havendo divergência entre a vontade real e a declarada¹²⁸ – ela não é o que seria se não tivesse intervindo vício na sua formação. Nestes casos, e verificados certos pressupostos, a lei qualifica como inválido todo o negócio. (...)” (Prata, 2008: 1539)

¹²³ “(...) consiste numa representação inexacta da existência ou qualidade de uma coisa ou facto ou da existência ou interpretação de uma regra de direito. No domínio dos negócios jurídicos, a existência de erro de uma das partes pode ser relevante e ter consequências sobre a validade do próprio negócio. Esse erro pode ser de dois tipos: erro na formação da vontade (erro-vício) ou erro na transmissão da vontade, isto é, na declaração (erro-obstáculo). (...)” (Prata, 2008: 601)

¹²⁴ “Acto exercido por alguém sobre o declarante que impede ou vicia a formação da vontade deste. A coacção pode ser física ou moral. Há coacção física ou absoluta quando alguém é fisicamente obrigado ou impedido de emitir uma declaração negocial: tal declaração é totalmente ineficaz (artigo 246.º, CC) (...) Há coacção moral, psicológica ou relativa quando a formação da vontade é viciada pelo receio de um mal de que o declarante foi ilicitamente ameaçado com o fim de obter dele a declaração. (...) a declaração emitida é anulável. (...)” (Prata, 2008: 295)

¹²⁵ “(...) Há, pois, dolo quer o agente tenha actuado com intenção de enganar, quer a sua actuação não tenha sido intencionalmente enganadora, mas apenas conscientemente indutora de engano, quer ele tenha, (...), por acção ou por omissão, mantido o erro em que o declarante se encontrava. (...)” (Prata, 2008: 554)

¹²⁶ “A declaração negocial feita por quem, devido a qualquer causa, se encontrava acidentalmente incapacitado de entender o sentido dela ou não tinha o livre exercício da sua vontade é anulável, desde que o facto seja notório ou conhecido do declaratório. O facto é notório, quando uma pessoa de normal diligência o teria podido notar. O regime aqui enunciado aplica-se tanto nos casos em que o declarante sofra de uma incapacidade de facto permanente como naqueles em que a incapacidade seja puramente transitória. (...)” (Prata, 2008: 748)

¹²⁷ “O negócio jurídico é o instrumento privilegiado da autonomia privada. Manuel de Andrade (...) define-o como “o facto voluntário lícito cujo núcleo essencial é constituído por uma ou várias declarações de vontade privada, tendo em vista a produção de certos efeitos práticos ou empíricos, predominantemente de natureza patrimonial (económica, com ânimo de que tais efeitos sejam tutelados pelo direito – isto é, obtenham a sanção da ordem jurídica – e a que a lei atribui efeitos correspondentes, determinados grosso modo, em conformidade com a intenção do declarante ou declarantes (autores ou sujeitos no negócio).” Os negócios jurídicos podem ser unilaterais ou bilaterais (contratos)” (Prata, 2008: 955)

¹²⁸ “O conteúdo de um acto jurídico é a vontade que o seu autor manifesta, a vontade declarada. Dada a importância da vontade das partes nos negócios jurídicos, a lei salvaguarda a correcta formação dela (...)” (Prata, 2008: 1543)

Em matéria de Direito Sucessório, é anulável toda a disposição “que tenha sido determinada por erro, dolo ou coacção (artigo 2201.^{o129}). Esta seca previsão tem a finalidade de afastar dúvidas (...) quanto à aplicabilidade ao testamento¹³⁰ dos vícios na formação da vontade. (...) só é causa de anulação quando resultar do próprio testamento que o testador não teria feito a disposição se conhecesse a falsidade do motivo (artigo 2202.^{o131}).” (Ascensão, 1989: 97-98)

Nas situações de incapacidade accidental, estabelece o artigo 2199.^o CC que “é anulável o testamento feito por quem se encontrava incapacitado de entender o sentido da sua declaração ou não tinha o livre exercício da sua vontade por qualquer causa, ainda que transitória. (...)” (Ascensão: 1989: 97)

Neste domínio ganham importância as situações das anomalias psíquicas (demências) “como causa de incapacidade testamentária activa¹³².” (Ascensão: 1989: 97)

Sobre as incapacidades testamentárias, o artigo 2189.^o CC, proclama o *princípio da capacidade*, embora, ao mesmo tempo, contenha, implicitamente, uma restrição a esse princípio: “a lei não diz que podem fazer testamento todas as pessoas, mas sim todos os *indivíduos*. A escolha da palavra é intencional. É que só as pessoas singulares podem fazer testamento. As pessoas colectivas estão inibidas de o fazer. (...) As incapacidades das pessoas singulares vêm referidas no artigo 2189.^{o133}, que declara incapazes de testar: a) os menores não emancipados; b) os interditos por anomalia psíquica. (...) Portanto, em princípio, a idade mínima para testar é colocada nos 18 anos. (...) Só são incapazes de testar os *interditos* por anomalia psíquica. Quem não estiver interdito, seja qual for a gravidade do seu estado, não sofre de incapacidade testamentária activa. Simplesmente, pode haver nessa altura uma deficiência da vontade, que permite a destruição do acto, nos termos do artigo 2199.^{o134}, por «incapacidade accidental». (...) será necessário provar que no momento em que o testamento foi realizado o sujeito se encontrava sem as faculdades necessárias.

¹³⁰ “Diz-se testamento o acto unilateral e revogável pelo qual uma pessoa dispõe, para depois da morte, de todos os seus bens ou de parte deles (artigo 2179.^o n.º 1, CC) (...) O testamento é um acto pessoal, que não pode ser feito por representante nem ficar ao arbítrio de outrem e que deve conter a clara expressão da vontade do seu autor (...).” (Prata: 2008: 1413)

¹³¹ Código Civil.

¹³² Incapacidade referente à pessoa do testador. Significa que o sujeito que quer realizar o testamento, sofre de uma incapacidade de gozo, que o impede de testar. Por outras palavras, “situação que se caracteriza juridicamente pela não existência do direito a testar na esfera jurídica daqueles sujeitos que, por não serem dele titulares, não o podem exercer, nem pessoal nem representativamente (...).” (Prata, 2008: 749)

¹³³ Código Civil.

¹³⁴ Código Civil.

Pelo contrário, se houver interdição de nada valerá a prova de que o sujeito estava em condições de entender: a capacidade falta automaticamente. Não se admite a possibilidade de a sentença de interdição ressaltar a faculdade de testar. Por outro lado, acentue-se que só releva a interdição por anomalia psíquica.

Já as *inabilitações* (...) não são referidas como causa de incapacidade testamentária activa. (...) A inabilitação não pode efectivamente restringir a capacidade testamentária, pois o efeito normal da inabilitação é sujeitar a prática de certos actos jurídicos à assistência de um curador. (...) A sanção da violação das regras sobre capacidade é a *nulidade*¹³⁵ do testamento. Assim estabelece o artigo 2190.^o¹³⁶. (...)” (Ascensão: 1989: 73-75)

Por outro lado, há também bens de que o respectivo titular não pode dispor. E não pode ou por determinação da lei, ou pela natureza inalienável do próprio bem. Entramos, deste modo, no domínio das indisponibilidades, que podem ser de dois tipos: *absolutas*, “(...) o titular não pode, em qualquer caso, dispor dos bens (...)”, e *relativas* “não pode dispor deles em certas circunstâncias ou relativamente a certas pessoas. Exemplo de indisponibilidade relativa é a doação¹³⁷ ou a disposição testamentária¹³⁸ feita por interdito ou inabilitado a favor do respectivo tutor, curador, ou administrador de bens, que é nula – artigos 953.^o e 2192.^o n.^o 1, CC. (...)” (Pata, 2008: 765)

21.1. Os negócios usurários

O Código Civil de 1867 (Código de Seabra) “(...) deixou de considerar a lesão (grave desequilíbrio entre as prestações, nos contratos onerosos¹³⁹ comutativos¹⁴⁰) motivo autónomo de invalidade dos negócios jurídicos; a lesão só implicaria a anulabilidade do negócio, quando envolvesse erro, dolo, ou coacção, com os requisitos necessários para produzirem aquele efeito. (...) No Código actual [de 1966] a proscrição da lesão, sob a

¹³⁵ Significa que não produz s efeitos jurídicos que lhe corresponderiam.

¹³⁶ Código Civil.

¹³⁷ “Contrato pelo qual uma pessoa (doador), por espírito de liberalidade e à custa do seu património, dispõe gratuitamente de uma coisa ou direito ou assume uma obrigação em benefício de outra (donatário), que aceita – artigo 940.^o, CC. (...) (Prata, 2008: 544)”

¹³⁸ “O conteúdo do testamento é formado pelas disposições do seu autor.” (Prata, 2008: 529)

¹³⁹ “Contrato em que cada uma das partes sofre um sacrifício patrimonial (...)” (Prata, 2008: 389)

¹⁴⁰ “Contrato a título oneroso em que se conhecem os valores patrimoniais das prestações recíprocas no momento da conclusão do contrato (...)” (Prata, 2008: 376)

designação de usura, consta do artigo 282.º. Aí se determina que é anulável, por usura, um negócio jurídico, quando alguém explorando a situação de necessidade, inexperiência, ligeireza, dependência, estado mental ou fraqueza de carácter de outrem, obteve a promessa ou concessão de benefícios excessivos ou injustificados. Estabelece-se no artigo seguinte, uma alternativa para a anulação dos negócios *usurários*: a sua modificação, segundo juízos de equidade, a requerimento do lesado ou da parte contrária. (...)” (Pinto, 1992: 501-502)

Mas perguntamos então qual a relação entre esta questão da lesão e os vícios da vontade, no Código Civil de 1966?

Pois bem, a lesão “não consiste apenas, como consistia (...) numa certa desproporção de prestações, mas sim (...) numa exploração da situação da outra parte, em casos em que terá havido uma adulteração do modo de sua formação da vontade. (...)” (Pinto, 1992: 502)

Os negócios usurários encontram a sua consagração legal nos artigos 282.º, 283.º e 284.º CC.

Em certos casos, inclusive, os negócios usurários podem constituir crime¹⁴¹, pois quem os pratica – com o intuito de explorar outrem, mormente de explorar as suas fragilidades, os seus sintomas de comportamento vulnerável - não tem uma consciência ética bem formada. Por outras palavras, não tem, de todo, consciência ética. E o crime, precisamente no domínio do Direito Penal, é uma negação de valores.

Para que haja negócio usurário “é necessário não apenas que uma das partes se encontre numa das situações de inferioridade (...) mas ainda que a contraparte aproveite conscientemente tal situação para obter benefícios para si ou para terceiro, sendo tais benefícios manifestamente desproporcionados ou desrazoáveis. A usura é um vício de que decorre a anulabilidade do negócio, permitindo o artigo 283.º, CC, que o lesado possa, em lugar da anulação, obter “a modificação do negócio segundo juízos de equidade.” (...) Finalmente, o artigo 284.º CC, dispõe que, “quando o negócio usurário constituir crime, o prazo para o exercício do direito de anulação ou modificação não termina enquanto o crime não prescrever.” (...)” (Prata, 2008: 956-957)

¹⁴¹ “(...) ação típica, ilícita, culposa e punível. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 113)

22. Gestão de negócios

Tenhamos como ponto de referência, as situações de internamento compulsivo de idosos. O que sucede com os seus respectivos patrimónios? Quem os gere na ausência deles (idosos)? Em que termos é feita essa gestão? E quem autoriza essa gestão?

A gestão de negócios integra o espírito de solidariedade humana.

O legislador, de certo modo, regula essa realidade ao designar a gestão de negócios (fonte das obrigações) como um *quase-contrato*¹⁴². Efectivamente, a gestão de negócios tem alguma similitude com o contrato¹⁴³, mas não há contrato. É um *quase-contrato*. Ou deveria ser.

Porque outra coisa, aliás, não se poderia compreender desse espírito de solidariedade que se extrai da figura da gestão de negócios, quando de uma actuação livre, à luz de um espírito humanitário, esta fosse baseada na gratuidade - como dispõe o artigo 470.º n.º 1, 1.ª parte, CC: “*A gestão não dá direito a qualquer remuneração (...)*” - de quem diligenciou tal acção espontânea. Doutro modo, teríamos então uma *inflação* de gestores movidos, já não pelo espírito de (desinteressada) solidariedade, mas por um escopo negocial, regrado por interesses económicos.

Há, todavia, excepções.

São os casos em que o gestor de negócios recebe uma contrapartida remuneratória pelo trabalho prestado. Mas nessas situações o gestor faz da gestão a sua actividade profissional (artigo 470.º n.º 1, 2.ª parte, CC: “*(...), salvo se corresponder ao exercício da actividade profissional do gestor.*”).

No entendimento de Varela (2006: 450) “(...) Para se fazer um juízo global exacto acerca do valor do instituto, a gestão necessita de ser encarada no duplo aspecto que ela reveste: por um lado, a intervenção do gestor, assente quase sempre numa atitude de altruísmo moralmente louvável, de benemerência ou de autêntica solidariedade humana, pode ter uma utilidade apreciável na conservação ou na exploração de bens, que, de outro modo, correriam o risco de perder-se, deteriorar-se ou manter-se improdutivos, ou na

¹⁴² “Na sistematização tradicional das fontes das obrigações (...) incluía a doutrina a figura do quase-contrato, como categoria residual, destinada a englobar situações geradoras de obrigações, dificilmente subsumíveis aos contratos e à responsabilidade civil. Esta figura doutrinária, de contornos algo imprecisos, (...) era o caso da gestão de negócios. (...)” (Prata, 2008: 1210)

¹⁴³ “É o negócio jurídico bilateral ou plurilateral, isto é integrado por duas ou mais declarações negociais exprimindo vontades convergentes no sentido da realização de um objectivo comum que justifica a tutela do direito. (...) contrato é, o instrumento que a ordem jurídica faculta aos sujeitos para, por acordo, realizarem as operações económicas e sociais que lhes convém (...)” (Prata, 2008: 370)

realização de actos cuja omissão poderia acarretar prejuízos irreparáveis. Por outro lado, a gestão nasce de um facto em princípio *ilícito*, constitui uma *intromissão* não autorizada na esfera jurídica alheia (...).”

Diz o artigo 464.º CC “*que se dá gestão de negócios*, quando uma pessoa [gestor] assume a direcção de negócio alheio no interesse e por conta do respectivo dono, sem para tal estar autorizada.”

A figura do gestor de negócios obedece a três requisitos:

- (i) alguém assume direcção de negócio alheio (*negócio*, no sentido dado pelo preceito, é sinónimo de assunto.);
- (ii) no interesse e por conta de outro (do dono do respectivo negócio);
- (iii) sem autorização (do dono do negócio).

A gestão de negócios “pode consubstanciar-se na prática de actos materiais ou jurídicos” (Prata, 2008: 700) E o gestor deve “actuar com diligência, de acordo com a vontade real ou presumida do dono do negócio, a quem, aliás, deve, logo que possa, participar a gestão e prestar todas as informações a ela relativas. Finda a gestão deve prestar contas e entregar ao dono tudo o que tenha recebido em resultado da gestão. Sendo a gestão regular, para além do reembolso das despesas que haja feito, por ter considerado, fundamentalmente, que eram indispensáveis (com juros legais) e indemnização pelo prejuízo sofrido, o gestor só terá direito a uma remuneração se a gestão corresponder à sua actividade profissional. (...)” (Prata, 2008: 700)

O gestor de negócios tem vários deveres a cumprir, em sede da sua gestão, mas o dever mais importante é aquele que resulta da alínea a) do artigo 465.º CC, pois irá ter repercussões quanto à sua responsabilidade. Preceitua a alínea a) do artigo 465.º CC, o seguinte: “*O gestor deve: conformar-se com o interesse e a vontade, real ou presumível, do dono do negócio, sempre que esta não seja contrária à lei ou à ordem pública, ou ofensiva dos bons costumes*”.

Então quando é que se pode considerar culposa¹⁴⁴ a actuação do gestor?

Tal situação verificar-se-á, quando o gestor actuar em desconformidade com a vontade, real ou presumida, do dono do negócio. É precisamente aqui, na apreciação da culpa do gestor de negócios, que ganha assaz sentido o parâmetro da *vontade* e do *interesse* do dono do negócio. É, aliás, o que resulta do artigo 466.º CC: “*O gestor responde perante*

¹⁴⁴ A culpa compreende tanto o dolo como a negligência. Em “sentido amplo, culpa é a imputação do acto ao respectivo agente. Em sentido restrito, culpa ou mera culpa, por contraposição a dolo [actuação intencional da conduta], é a conduta omissiva da diligência exigível, isto é, a negligência, levandade, imponderação ou imprudência. (...)” (Prata, 2008: 411)

o dono do negócio, tanto pelos danos a que der causa, por sua culpa, no exercício da gestão, como por aqueles que causar com a injustificada interrupção dela.” (n.º 1); “Considera-se culposa a actuação do gestor, quando ele agir em desconformidade com o interesse ou a vontade, real ou presumível, do dono do negócio.” (n.º 2).

23. Procuração

Não sendo nossa intenção fazer aqui uma análise exaustiva deste tema, não podemos, no entanto, continuar sem, ao menos, nos referirmos à figura jurídica da procuração, e seu respectivo escopo.

A procuração elenca os exemplos dos negócios jurídicos unilaterais¹⁴⁵.

Define-se, de acordo com o art.º 262.º, CC, como o acto pelo qual alguém atribui a outrem, voluntariamente, poderes de representação, “(...) devendo tal acto revestir, em princípio, a forma necessária para o acto que o procurador haja de realizar.” (Prata, 2008: 1137)

Através deste instituto jurídico, o autor da procuração faculta a um terceiro (procurador), que o irá representar mediante declaração expressa nesse sentido em documento próprio (procuração), poderes para que esse mesmo terceiro o represente na vida e/ou tráfico jurídicos

O procurador é então a “Pessoa a quem alguém atribui voluntariamente poderes de representação, por procuração. (...)” (Prata, 2008: 1139)

Ligeiramente diferente, embora na mesma linha de orientação do anterior, é a figura do mandato.

Enquanto aquele baseia-se num negócio unilateral, este (o mandato) emerge de um contrato¹⁴⁶, em que a parte interessada encarrega um terceiro da realização de actos jurídicos por sua conta, nos termos do artigo 1167.º, CC. “No contrato de mandato, o mandatário é a parte que se obriga a realizar actos jurídicos por conta do outro contraente. As obrigações do mandatário, enunciadas no artigo 1161, CC, consistem, no essencial, na

¹⁴⁵ “(...) há uma única declaração negocial que, só por si, produz efeitos jurídicos. (...)” (Prata, 2008: 956)

¹⁴⁶ “É o negócio jurídico bilateral ou plurilateral, isto é, integrado por duas ou mais declarações negociais exprimindo vontades convergentes no sentido da realização de um objectivo comum que justifica a tutela do direito. (...)” (Prata, 2008: 370)

prática dos actos compreendidos no contrato, segundo as instruções do mandante (...)” (Prata, 2008: 901)

24. Direitos do idoso com assento constitucional

Os Direitos do idoso consagrados na CRP¹⁴⁷ encontram-se, desde logo, no seu art.º 1.º onde se pode ler que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” (2005: 10)

A CRP está dividida em quatro partes, que, por seu turno, se dividem em títulos e estes se subdividem nos respectivos capítulos.

Interessa-nos muito particularmente, ao nosso estudo, a Parte I, sobre Direitos e deveres fundamentais¹⁴⁸, dentro desta, (Parte I), o Título II, referente aos Direitos, liberdades e garantias, e, por seu turno, dentro deste o Capítulo I sobre Direitos, liberdades e garantias pessoais.

Com efeito, no Título II sobre Direitos, liberdades e garantias, e dentro do Capítulo I sobre Direitos, liberdades e garantias pessoais interessa-nos, concretamente, - sendo, *conditio sine qua non*, do nosso estudo - o art.º 24.º n.º 1 (direito à vida), e o art.º 25.º n.ºs 1 e 2. (direito à integridade pessoal).

É de salientar, porém, que os direitos do idoso têm a respectiva amplitude na Lei Fundamental, pelo que não ficam restringidos, obviamente, àqueles artigos. Tais direitos com assento constitucional encontram-se plasmados, por exemplo, no art.º 13.º sobre o Princípio da Igualdade; no art.º 63.º sobre a Segurança Social e a Solidariedade; no art.º 64.º sobre a Saúde; no art.º 66.º sobre o Ambiente e Qualidade de Vida; no art.º 67.º sobre a Família; no art.º 72.º sobre a Terceira Idade etc; todavia, como foi já referido, oportunamente, para o nosso estudo interessa, tão-só, os dois artigos supra mencionados, a saber: o art.º 24.º n.º 1 e o art.º 25.º n.ºs 1 e 2. E é, por conseguinte, sobre estes dois artigos que nos iremos pronunciar.

¹⁴⁷ Constituição da República Portuguesa

¹⁴⁸ “São os direitos ou as posições jurídicas subjectivas das pessoas enquanto tais, individual ou institucionalmente consideradas assentes na Constituição (...)” (Franco, Martins, 1993: 329)

24.1. Direito à vida

24.1.1. No plano internacional

O direito à vida é, no plano internacional, objecto do artigo 2.º da CEDH¹⁴⁹. E é considerado o mais fundamental dos direitos humanos, na medida em que é condição de exercício de todos os outros direitos.

À luz do artigo 2.º da CEDH, o direito à vida pode, por vezes, afigurar-se complexo, pelo que importa, pois, clarificar o seu conteúdo.

“Os direitos do homem¹⁵⁰, categoria na qual se enquadra o direito à vida, não são uma criação ou concessão do poder político aos seus súbditos: são anteriores ao poder político que apenas os positiva. Assim, o positivizar do direito à vida não é mais do que o reconhecimento, por parte do poder político, de um direito que, radicado na eminente dignidade da pessoa humana transcende o próprio acto de reconhecimento jurídico-legal, sendo-lhe anterior. (...) O direito à vida ocupa uma posição central no sistema dos direitos humanos, uma vez que, dizendo respeito à vida, à existência humana, o seu reconhecimento é condição necessária para a concretização de todos os outros. O direito à vida enquanto direito universal intangível e que, portanto, não permite qualquer derrogação, encontra-se consagrado no artigo 6.º do PIDCP¹⁵¹, no artigo 4.º da CADH¹⁵² e no artigo 2.º da CEDH. (...)” (Kowalski, 2005: 25-26)

24.1.2. No plano interno

No plano interno, o direito à vida é um conceito abrangente na medida em que abarca uma plêiade de multifacetadas situações da vida do ser humano. Remete-nos para a CRP, no seu artigo 24.º n.º 1, que dispõe o seguinte:

¹⁴⁹ Convenção Europeia para a Salvaguarda dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, também designada por Convenção Europeia dos Direitos do Homem.

¹⁵⁰ Consiste no “núcleo básico de direitos que são expoente da dignidade do homem, e que na dogmática jurídico-constitucional se usa catalogar sob a rubrica de “direitos fundamentais”. Os direitos do homem constituem um conceito de Direito constitucional e de Direito internacional, cuja função é defender de forma institucionalizada, os direitos da pessoa humana contra os excessos de poder cometidos pelos órgãos do Estado e promover, paralelamente, o estabelecimento de condições humanas de vida, assim como o desenvolvimento multidimensional da personalidade humana.” (Franco, Martins, 1993: 330)

¹⁵¹ Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos.

¹⁵² Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

PARTE I

TÍTULO II

Direitos, liberdades e garantias

CAPÍTULO I

Direitos, liberdades e garantias pessoais

Artigo 24.º

(Direito à vida)

1. A vida humana é inviolável.
2. (...)

Mas, o conceito de vida, mormente de vida humana, não é um conceito unânime, pelo contrário, é um conceito que sofre oscilações consoante as concepções dogmáticas dos vários ramos de Direito.

No Direito Penal, por exemplo, a vida humana é perspectivada como “Bem jurídico directamente protegido pelas incriminações constantes dos artigos 132.º a 139.º, C.P. (...). A vida tem o seu início no momento em que começa o parto, identificando a doutrina como momento relevante, para o efeito, o do início das contracções irreversíveis tendentes à expulsão do feto do útero materno. (...)” (Prata, Vilalonga, 2007: 461).

Pelo contrário, o critério civilístico determina o início da vida de modo diverso daquele: exigências de direito substantivo, colocam a aquisição da personalidade jurídica com o nascimento completo e com vida, nos termos do artigo 66.º, CC.

Resta-nos saber o que, a este respeito, refere a Lei Fundamental. Vejamos então.

Diz a CRP Anotada (com anotações de Gomes Canotilho e Vital Moreira), *ipsis verbis*, que o direito à vida “é um dos direitos fundamentais constitucionalmente enunciados. É logicamente um direito prioritário, pois é condição de todos os outros direitos fundamentais. (...) o direito à vida é material e valorativamente o bem (localiza-se, logo, em termos ontológicos no ter e ser da vida, e não apenas no plano ético-deontológico

do valor ou no plano jurídico-axiológico dos princípios) mais importante do catálogo dos direitos fundamentais e da ordem jurídico-constitucional no seu conjunto. Precisamente por isso é que o direito à vida coloca problemas jurídicos de decisiva relevância nas comunidades humanas. No plano da determinação do bem protegido justifica e impõe o recorte do conceito constitucional de vida humana, a definição de começo e fim da vida humana (...). O objecto de protecção deste preceito é a própria vida humana. Porém, enquanto direito fundamental, o direito à vida só pode ser titulado por pessoas. O âmbito pessoal de protecção do direito à vida implica a determinação da titularidade do direito à vida: (1) pessoas vivas (a partir do acto de nascimento) e não pessoas mortas; (2) todas as pessoas físicas e não as pessoas colectivas; (3) pessoas de todas as nacionalidades, raças e credos. O sentido geral da garantia e protecção do direito à vida no Plano Constitucional é, desde logo, a protecção da existência vivente, físico-biológica. Num sentido normativo, o direito à vida significa primeiro e acima de tudo, direito de não ser morto, de não ser privado da vida (...). O direito à vida está intimamente ligado a outros direitos (e princípios) como a dignidade da pessoa humana (cfr. art.º 1.º¹⁵³), desenvolvimento da personalidade (art.º 26.º-1¹⁵⁴), integridade física e psíquica (art.º 25.º-1¹⁵⁵) e igualdade (art.º 13.º¹⁵⁶). A igualdade, neste contexto, significa a igual dignidade constitucional de todas as vidas. Os problemas constitucionais mais controvertidos na actualidade dizem respeito ao começo e fim da vida. Ao afirmar-se que a vida humana é inviolável, pretende-se aludir seguramente à existência física e psíquica entre o princípio e o fim da vida. Os critérios normativos definidores da vida e da morte, embora alicerçados em conhecimentos científicos permanentemente renovados, devem estar em conformidade com os parâmetros materiais da Constituição. Quanto ao início da vida, a Constituição pressupõe um âmbito normativo garantidor de todos os momentos do acto ou processo de nascer (note-se que o Cód. Penal – art.º 136.º - pune o infanticídio: «matar o filho durante ou logo após o parto»). Quanto à morte, o critério normativo hoje dominante é o da morte cerebral, entendida como «falência» completa e irreversível da função global do cérebro. Este

¹⁵³ “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)” (CRP, 2005: 10)

¹⁵⁴ “A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar, e à protecção legal sobre quaisquer formas de discriminação.” (CRP, 2005: 22)

¹⁵⁵ “A integridade moral e física das pessoas é inviolável.” (CRP, 2005: 21)

¹⁵⁶ “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. (n.º 1); Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual. (n.º 2)” (CRP, 2005: 15-16)

critério, embora tenha recepção legal na legislação referente à colheita e transplantação de órgãos (cfr. DL n.º 553/76, de 13-07 e L n.º 12/93, de 22-04), pode ter subjacente critérios cuja legitimidade constitucional é duvidosa, pois a morte cerebral significa que há uma «pessoa a morrer» que ainda não está morta. Na dúvida, o carácter absoluto da protecção do bem da vida aponta para um *conceito de morte* entendida como a falência completa do organismo humano no conjunto dos seus órgãos e funções. Neste sentido, o conceito de morte cerebral terá de considerar-se apenas como o momento temporal da morte de uma vida em «processo de falência» (cfr. L n.º 144/99, de 28-08).

O direito à vida, significa também **direito à sobrevivência**, ou seja, direito a viver com dignidade. Neste sentido, o direito à vida articula-se com o princípio da dignidade da pessoa humana e traduz-se no direito a dispor das condições de subsistência, integrando designadamente o direito ao trabalho (ou ao subsídio de desemprego na falta dele), à protecção da saúde, à habitação, implicando o dever do Estado contribuir para a realização das prestações existenciais indispensáveis a uma vida minimamente digna. Por esta via, o direito à vida revela-se como matriz originária dos principais direitos sociais (art.ºs 58 e ss.). (...)” (2007: 445-449, 451)

No que respeita, pois, à protecção da vida humana, o direito à vida é um direito fundamental – porque consagrado e/ou plasmado na Constituição da República Portuguesa – que assiste a todo o idoso, e, por conseguinte, ele (idoso) tem legitimidade para o invocar, quando se sinta lesado ou ferido no direito que tem a viver com dignidade.

O direito à vida abrange uma multiplicidade de situações, facto que leva a orientar as reflexões em torno do tema para outros domínios da vida, que não nos interessam aqui para o estudo sobre o idoso.

A CRP Anotada - com anotações dos juristas da Escola de Direito de Lisboa: Jorge Miranda e Rui Medeiros - apresenta anotações simples, quando comparadas com as anotações dos juristas da Escola de Coimbra (Gomes Canotilho e Vital Moreira). No entanto, não deixam de ter a sua importância e o seu lugar próprio.

“(…) A Constituição portuguesa não se limita, ao contrário de outros textos fundamentais e da própria DUDH¹⁵⁷, a dizer que “todos os homens têm direito à vida”, afirmando antes, numa fórmula normativa muito mais forte e expressiva, que “a vida humana é inviolável”. O artigo 24.º desempenha, entre os direitos fundamentais, um papel absolutamente ímpar. Membro do *clube restrito* dos direitos insusceptíveis de suspensão (...), o direito à vida

¹⁵⁷ Declaração Universal dos Direitos do Homem.

surge consagrado no n.º 1 do artigo 24.º não apenas na sua dimensão puramente subjectiva, como o primeiro dos direitos fundamentais – mais do que um direito, liberdade e garantia, ele constitui o *pressuposto fundante* de todos os demais direitos fundamentais –, mas como valor objectivo e como princípio estruturante de um Estado de Direito alicerçado na dignidade da pessoa humana (artigo 1.º). (...) São evidentes as dificuldades colocadas pela ***posição original que o direito à vida ocupa*** entre os demais direitos. Por um lado, a afirmação da aplicabilidade directa do artigo 24.º, associada à crença (quase se diria ingénua) na exequibilidade na norma constitucional em causa, esconde aquilo que ele de mais importante ela encerra, isto é, os intensos e multiformes deveres de actuação que o direito à vida implica para o legislador ordinário, dirigidos à sua promoção e protecção nos mais diversos domínios do agir humano. E, como não poderia deixar de ser, no cumprimento dos referidos deveres de actuação, e apesar do seu permanente *comprometimento com a vida*, os legisladores penal, civil ou administrativo nunca surgem desprovidos de margens de liberdade de conformação, que por vezes podem revelar-se bastante intensas. (...) Numa matéria cujas implicações ultrapassam largamente o mundo do Direito, espalhando-se pelos domínios da Ética, da Moral, da Religião, da Filosofia, da Biologia e da Medicina (...). A Constituição afirma que “a vida humana é inviolável” sem fazer menção do estágio de desenvolvimento em que essa mesma vida se encontra (...).” (2005: 222-224)

A) Princípio da Dignidade da Pessoa Humana

A *dignitas* é um valor, uma qualidade intrínseca de todo o ser humano.

O princípio da dignidade da pessoa humana é um princípio de cariz universal: encontramos-lo na CRP (a nível nacional), assim como em documentos de natureza internacional, de que são exemplos a DUDH, DEDH.

“ (...) Assim, o direito à dignidade humana comportaria o direito a viver em dignidade. (...)” (Kowalski, 2005: 51)

A ideia de dignidade humana pode ser retirada do artigo 3.º da DEDH. A *dignitas* é um valor, um bem trata-se de um direito inalienável de cada ser humano “(...) enquanto

pessoa humana concreta, perante o Estado, perante todos e perante nós próprios. (...)” (Otero, 2004: 21)

“A ressalva da dignidade humana aponta para a defesa daqueles sentimentos individuais que pairam acima do mero pudor ou decoro pessoal, na escala axiológica corrente de valores individuais e sociais – exs.: liberdade de convicções, de práticas religiosas, de relacionamento social, etc.” (Franco, Martins, 1993: 321)

Leone e Privitera (2004) também defendem que a dignidade da pessoa humana regressa nos dias de hoje como uma referência indispensável à vida humana.

O artigo 1.º da DUDH (citado por Leone e Privitera, 2004: 306) faz alusão a que todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos: “«Tutti gli uomini nascono liberi ed uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in uno spirito di fraternità»: afferma nell’art. 1 la *Dichiarazione Universale dei diritti dell’uomo* emanata dall’ ONU il 10 dicembre del 1948.”

Na opinião de Otero, “o desenvolvimento da dignidade da pessoa humana (...) ganha hoje duas novas áreas de incidência: observa-se uma horizontalização da dignidade da pessoa humana, vinculando cada pessoa perante as demais, e uma incidência pessoal, obrigando cada um perante si próprio e, neste sentido, estabelecendo uma regra de indisponibilidade. (...)” (2004: 21)

24.2. Direito à integridade pessoal

Estipula o n.º 1 do artigo 25.º da CRP, que o direito à integridade pessoal abrange quer a integridade moral, quer a integridade física de cada pessoa.

PARTE I

TÍTULO II

Direitos, liberdades e garantias

CAPÍTULO I

Direitos, liberdades e garantias pessoais

Artigo 25.º

(Direito à integridade pessoal)

1. A integridade moral e física das pessoas é inviolável.
2. Ninguém pode ser submetido a tortura, nem a tratos ou penas cruéis, degradantes ou desumanos.

Os juristas da Escola de Coimbra (Canotilho e Moreira) defendem que o direito à integridade pessoal “consiste, primeiro que tudo, num *direito a não ser agredido ou ofendido*, no corpo ou no espírito, por meios físicos ou morais. (...) Sendo um direito ligado á defesa da pessoa enquanto tal (...) **O direito à integridade física e psíquica** é um direito pessoal *irrenunciável*, a não ser nos casos em que o consentimento seja aceitável ou haja necessidade de *intervenções de tratamento médico-cirúrgicos*, os quais sendo o estágio do conhecimento e da experiência da medicina se mostrarem adequados e forem levados a cabo de acordo com as *legis artis*¹⁵⁸, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar, ou minorar doenças, sofrimentos, lesões, fadiga corporal ou perturbação mental (...). Já no caso dos transplantes *post mortem* não se coloca evidentemente uma questão de direito à integridade física do cadáver, mas sim do direito das pessoas, enquanto vivas, a disporem sobre utilização dos seus órgãos, e, se tal for a sua vontade, a oporem-se a tal (cfr. AcTC n.º 130/88). **O direito à integridade física e psíquica** vale, naturalmente, não apenas contra o

¹⁵⁸ “Regras técnicas de um determinado ramo científico, cujo incumprimento fundamenta a incriminação nos casos legalmente previstos. O artigo 150.º, CP, por exemplo, faz referência às *legis artis* da medicina.” (Prata, Vilalonga, 2007: 270)

Estado, mas igualmente contra qualquer outra pessoa. Expressões da garantia daquele direito no campo e das relações privadas encontram-se no plano civil, nos direitos de personalidade e, no plano criminal, nos crimes de ofensas corporais (...). O direito à integridade física e psíquica condiciona severamente a hipótese de se recortar constitucionalmente um *direito a dispor do próprio corpo*. Ressalvando as hipóteses de disposição do corpo com efeito *post mortem* (venda ou dação do cadáver ou de parte dele) (...), o princípio é o da indisponibilidade do próprio corpo (...). Tal como o direito à vida (cfr. art.º 24.º) também o direito à integridade pessoal pode implicar um *direito ao socorro e ao auxílio* contra perigos que a ameacem. As agressões contra a integridade física (e também contra a própria vida) são hoje articuladas com *omissões* de deveres de cuidado (...). O **direito à integridade física e psíquica** assume particular relevância no âmbito no âmbito de *relações especiais* de guarda, direcção, educação, família, ou trabalho relativamente a pessoas (...) particularmente indefesas em virtude de idade, deficiência, doença (...). Nestes casos, *o dever de protecção do Estado* poderá justificar a adopção de medidas severas (penas criminais) quando haja maus-tratos físicos ou psíquicos (...). O dever de protecção do Estado impõe-se também nos casos em que se entrecruzam direito à vida, direito à integridade física, e direito à saúde, sempre que possa afirmar-se que, de acordo com os conhecimentos científicos actuais, determinados actos, actividades e situações são susceptíveis de conduzir ao «encurtamento da vida» através de graves lesões à saúde e à integridade física. (...)” (2007: 453-457)

Por seu turno, a CRP Anotada dos juristas da Escola de Lisboa apresenta uma ressalva a fazer quanto ao facto de o direito à integridade pessoal “não ser um direito imune a quaisquer limitações, podendo, pelo menos, ser objecto de auto-limitações. (...) a intensidade da tutela constitucional da integridade pessoal está bem evidenciada na **interdição absoluta das formas mais intensas da sua violação** (n.º 2 do artigo 25.º). O artigo 25.º, nas suas implicações constitucionais, deve ser articulado com **outras dimensões da protecção de direitos pessoais**. (...)” (2005: 268)

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO

CAPITULO VIII

25. Questão de partida?

No distrito de Aveiro, qual é, frequentemente, a patologia, do foro neurológico, que mais incapacita os idosos institucionalizados, e, nessa delicada situação, de que molde e/ou através de quem podem estes defender os seus legítimos interesses, mormente os de carácter patrimonial?

26. Hipóteses

- O internamento de idosos nos lares é frequentemente desencadeado pelos respectivos familiares, especialmente quando os idosos se encontram em situação de grande dependência.
- Os idosos, se pudessem escolher livremente não optavam pela via da institucionalização.
- Não havendo vaga na instituição, o futuro utente ou a respectiva família têm de pagar uma caução para assegurar o “direito ao lugar”.
- Há discrepâncias quanto aos valores a pagar a título de mensalidade nas instituições.
- Ainda que com lugar assegurado na instituição, o idoso ou a sua família ou ambos terão que proceder, em relação à instituição, para assegurar o lugar de utente na mesma, a contrapartidas monetárias, a título de doação.
- Tendencialmente, são as instituições e as famílias dos idosos que administram o património dos idosos.
- Os idosos reagem desconfiadamente à medicação que lhes é distribuída.
- A patologia com maior incidência no distrito de Aveiro, é a demência de Alzheimer.
- Frequentemente, morre-se nas instituições por causa imputável a doença, do que por suicídio.

27. Objectivos

I – Compreender como são tratados, a nível medicamentoso, os idosos, em que uma das características da sua patologia é deixá-los mais instáveis.

II – Compreender o motivo pelo qual alguns deles reagem mal à medicação.

III- Determinar qual a patologia mais incapacitante no distrito de Aveiro, especialmente do foro neurológico.

IV – Tentar compreender se as paragens cardio-respiratórias são uma circunstância normal, ou, se porventura, se deve a uma causa latente.

V – Identificar que mecanismos são utilizados para a administração do património do idoso, no antes, durante e depois da sua incapacidade. E como vai reagindo o idoso enquanto ainda vai estando lúcido.

VI – Entender porque razão tem o idoso que, de quando em vez, fazer ter liberalidades, a título de "doações", para com a instituição, para assegurar um "lugar" do qual ele já é titular, precisamente por se encontrar na qualidade de utente daquela instituição.

CAPITULO IX

28. Caracterização da investigação prática

A componente prática do meu trabalho de investigação realizou-se no Distrito Aveiro, com uma amostra de dezasseis (16) instituições.

Contactei essas dezasseis (16) instituições, utilizando para o efeito, a via telefónica, todas elas especificamente devotadas ao internamento de idosos em Lares Terceira Idade.

De seguida passo a enumera-las: Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro; Centro Social da Moita (Anadia); Centro Social Cultural e Recreativo de Avelãs de Cima; Centro de Assistência Paroquial da Pampilhosa; Santa Casa da Misericórdia da Mealhada; Santa Casa da Misericórdia de Aveiro; Lar “Passo Sénior” – Fundação Cesda (Aveiro); Patronato Nossa Senhora de Fátima (Aveiro); Associação Desportiva Cultural e Recreativa de Antes (Mealhada); Centro Geriátrico” Lúcio Abranches”, Luso, (Fundação Bissaya Barreto); Associação Social de Avelãs de Caminho (Anadia); Santa Casa da Misericórdia de Sangalhos; Lar José Luciano de Castro da Santa Casa da Misericórdia de Anadia; Centro Social de Silveiro, Oiã (Oliveira do Bairro); Centro Social de Oiã; Centro Social e Cultural Nossa Senhora do Ó de Aguium.

Tive, no entanto, a deferente atenção de treze instituições que anuíram a que eu enviasse todos os documentos necessários à minha pesquisa.

Passo a citar quais foram: Santa Casa da Misericórdia de Oliveira do Bairro; Centro Social da Moita (Anadia); Centro Social Cultural e Recreativo de Avelãs de Cima; Centro de Assistência Paroquial da Pampilhosa; Santa Casa da Misericórdia da Mealhada; Lar “Passo Sénior” – Fundação Cesda (Aveiro); Patronato Nossa Senhora de Fátima (Aveiro); Associação Desportiva Cultural e Recreativa de Antes (Mealhada); Associação Social de Avelãs de Caminho (Anadia); Santa Casa da Misericórdia de Sangalhos; Lar José Luciano de Castro da Santa Casa da Misericórdia de Anadia; Centro Social de Silveiro, Oiã (Oliveira do Bairro); Centro Social de Oiã.

Desses contactos, referidos inicialmente, alguns foram por mim efectuados directamente e outros por interposta pessoa, cuja carreira profissional sempre decorreu no

âmbito da assistência social, o que me facilitou o acesso às IPSS, que, de outro modo, não teria sido possível.

Todavia, das treze instituições, apenas responderam ao inquérito cinco.

Essas cinco instituições são: Centro Social Cultural e Recreativo de Avelãs de Cima; Centro de Assistência Paroquial da Pampilhosa; Associação Social de Avelãs de Caminho (Anadia); Centro Social de Silveiro, Oiã (Oliveira do Bairro); Centro Social de Oiã.

Das cinco instituições somente a Assistente Social que dirige o Centro de Assistência Paroquial da Pampilhosa acedeu a conceder-me uma entrevista directa e a visitar o respectivo “Centro”. Os outros quatro inquéritos foram respondidos por especial atenção à interposta pessoa que, oportunamente, e a cima já referi.

Do que ficou exposto, o contacto foi, inicialmente, feito via telefónica, onde eu expunha as razões do meu propósito. As instituições que se mostraram receptivas facultaram-me os respectivos endereços electrónicos para o envio da documentação afecta à investigação. Essa documentação era composta dos seguintes elementos: carta dirigida aos Senhores Presidentes das IPSS; carta dirigida às Direcções Técnicas; documento digitalizado do Instituto Superior Bissaya Barreto comprovativo em como estava a realizar a investigação; e por fim o Inquérito.

Todos estes documentos eram enviados directamente para as Direcções Técnicas, que posteriormente, após o preenchimento do inquérito, tornavam a enviar-mo para a minha caixa postal electrónica.

Tendo-me deparado com ingentes vicissitudes/obstáculos, em aceder pessoalmente às instituições, a utilização das novas Tecnologias de Informação e Comunicação foi a melhor solução encontrada para contornar o problema.

29. Conclusões dos Inquéritos

Em seguida vou expor de forma sucinta as conclusões do trabalho de investigação.

Apesar da exiguidade da amostra que me foi possível recolher e analisar - apenas cinco instituições – as conclusões que se seguem resultam de uma análise qualitativa. Pois, pretendeu-se com este trabalho de investigação fazer apenas uma análise qualitativa dos dados recolhidos.

Todas as instituições são o resultado do empenho solidário e associativo das populações que servem. São por isso pela sua natureza jurídica IPSS sem fins lucrativos, E desse modo, a sua sustentabilidade financeira depende fundamentalmente de três fontes:

- (i) acordos de cooperação com a segurança social,
- (ii) mensalidade dos utentes (variável de acordo com o rendimento destes, disponibilidade dos familiares e grau de incapacidade dos idosos;
- (iii) e donativos e/ou doações, e testamentos deixados pelo idoso a favor da instituição.

As instituições apresentam a seguinte estrutura organizacional: Direcção da Instituição, Direcção Técnica, e Funcionários.

A admissão de utentes na generalidade das instituições obedece a procedimentos formais como a celebração de contratos de prestação de serviços, assinados entre as diversas partes envolvidas, a saber: idoso, familiares, e direcção de lar.

A generalidade das instituições refere a existência de listas de espera para admissão de idosos. Na grande maioria dos inquéritos realizados, o facto de o idoso ficar em lista de espera não implica o pagamento de qualquer tipo de caução, apenas quotas.

As instituições dispõem de quadros de pessoal suficiente, embora apresentem deficits importantes na qualificação técnica dos seus funcionários, pois não existe referência à existência de um plano estruturado de formação para os funcionários que lidam diariamente com os utentes. Esta lacuna reveste-se de especial gravidade dado que na sua maioria as instituições admitem idosos acamados. Esta falha da não existência de procedimentos uniformizados no tratamento de idosos acamados ou com patologias específicas pode comprometer a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Contudo devo referir que todas as instituições podem contar com a colaboração e trabalho de um quadro clínico composto por médico e enfermeiro.

Acrescento ainda que a maior parte dos idosos falece na instituição em resultado de patologias do foro cardio-respiratório. Contrariando a hipótese que serviu de base a esta investigação. Acrescenta-se que apenas uma instituição faz referência a uma morte provocada: suicídio. De resto, e de uma forma geral, os idosos, quando falecem na instituição, não são autopsiados. O único caso relatado refere-se à autópsia médico-legal ou forense, realizada no Instituto de Medicina Legal de Coimbra.

Passarei a analisar os resultados do inquérito, agora numa perspectiva mais centrada no idoso e seus familiares, analisando qualitativamente as implicações sociais da nova condição dependência e institucionalização do idoso.

De acordo com as impressões dos responsáveis técnicos dos lares, o grosso dos idosos sente que é obrigado, pela família, a aceitar o internamento em instituições, por perda progressiva das suas capacidades. Com o tempo parece haver, contudo, uma resignação e até alegria pela presente situação.

Da análise dos dados recolhidos podemos concluir que a grande maioria das famílias não promove laços com os seus idosos e, por conseguinte, não participa activamente na vida do lar. No entanto, devo salientar que é a família, na grande parte dos casos, que gere o património do idoso institucionalizado. Noutras situações, a administração de tais patrimónios fica a cargo ou do representante legal (se o idoso estiver incapacitado), ou da instituição, ou, em situações pontuais, do idoso.

É importante ainda referir que tratando-se de idoso com capacidade diminuída o seu representante legal é o descendente do idoso, concretamente seus filhos.

Para finalizar, paradoxalmente, quando o idoso falece na instituição, a família ocupa um papel central no tratamento das formalidades necessárias para a realização das cerimónias fúnebres.

30. Considerações finais

A parte prática deste trabalho de investigação ficou seriamente comprometida por diversas vicissitudes... Desde logo, a impossibilidade de poder estar presencialmente nas instituições para proceder à recolha directa dos dados, impossibilidade essa que ficou marcada por uma vincada postura de reserva das Técnicas de Serviço Social com quem diligencieei contactar. Retraimento esse que, porventura, se deveu ao receio de se comprometerem no seu trabalho, razão pela qual se abstiveram de responder ao questionário, com o rigor e a exactidão que o mesmo carecia, colocando-me, assim, intrincados obstáculos à minha pesquisa, e às respectivas conclusões a tirar. Provavelmente, tais comportamentos, deveram-se ao facto de eu não me encontrar a trabalhar na área do serviço social...

Porém, do resultado final, foi ainda possível chegar a algumas conclusões positivas, embora não cabalmente satisfatórias, por motivos imputáveis não só à exiguidade da amostra, por um lado, como também, ao retraimento das respostas dadas ao questionário, por outro. Não posso, pois, deixar de referir que este último ponto foi também, de facto, um outro grande óbice à minha investigação. Dados fornecidos numa conversa formal continuam ainda envoltos num grande tabu...

De todo o modo, tanto a “questão de partida” colocada, assim como algumas das hipóteses formuladas, bem como alguns dos objectivos conseguiram alcançar algum eco na avaliação dos resultados finais.

Por conseguinte, pelo que foi possível apurar, é, via de regra, a família que gere o património do idoso institucionalizado. Há, todavia, algumas situações pontuais, em que a administração desses patrimónios fica a cargo ou do representante legal (se o idoso estiver incapacitado), ou da instituição, que se apresenta, neste caso, ela própria na qualidade de representante legal do idoso, quando este se encontre incapacitado psiquicamente. E, por fim, só em casos muito raros, a administração do património fica a cargo do idoso.

É, pois, neste contexto *sui generis*, que o idoso vê os seus legítimos direitos, de natureza patrimonial, salvaguardados: ou através dos seus familiares, mormente os filhos (descendentes directos) ou através de um representante legal designado para o efeito, ou ainda através de meticolosos cuidados da instituição onde se encontra.

Antes de finalizar este trabalho, gostaria ainda de deixar uma nota que reputo de fundamental na salvaguarda dos interesses dos idosos de cariz patrimonial.

Os idosos, de uma maneira geral (quero com isto dizer que tanto os que se encontram institucionalizados, como aqueles que não se encontram nesta situação), deveriam, previamente - e a título, tão-só, de mera prevenção – escolher/designar uma terceira pessoa (familiar, advogado, ou outra pessoa) que os representasse a partir do momento (e só nessas circunstâncias) em que as suas faculdades mentais ficassem comprometidas. Pretendo com isto chamar atenção para a necessidade urgente de uma cultura de prevenção. Prevenção quanto ao que possa acontecer num futuro próximo, ou já amanhã..., pelo que os idosos deveriam ser/estar sensibilizados para esta realidade. Tal medida passaria pela redacção de um documento (à semelhança do testamento, mas obviamente diferente deste, uma quase procuração, ou até mesmo uma procuração), autorizando um terceiro, da sua confiança ou não (a designar pelos idosos), a representá-los, só e quando eles idosos ficassem à mercê de uma patologia, temporária ou não, impeditiva de se auto-governarem a si e aos seus respectivos patrimónios. Tratar-se-ia de um documento, que celebrado sob condição, só viria a produzir efeitos jurídicos se certas circunstâncias se verificassem, no futuro, na esfera jurídica desses mesmos idosos.

Não querendo ser pretensiosa, pois esse não é o meu propósito, reputo, todavia, ser fundamental a génese de um documento específico, só para esse efeito, e, nesse sentido, o Direito deveria inova... Tão-só um documento para o futuro, celebrado sob uma condição: a verificação apenas de certos pressupostos, e para determinadas circunstâncias, que o idoso, nesse sentido, estipulasse para tal, para a produção de efeitos jurídicos.

O Direito é um complexo normativo deveras abrangente, que regula a vida em sociedade, do mesmo modo que se estende a todas aquelas situações da vida cuja concreta dignidade canaliza-o a oferecer uma regulamentação jurídica específica. Mas, o Direito também tem falhas. Não é perfeito. Existem lacunas no seu sistema. Há situações da vida que, não obstante regulamentação nesse sentido, carecem, no entanto, de uma melhor actualização face às mutações constantes da vida. E elas são muitas no dia-a-dia. Por outro lado, outras situações há que ainda nem sequer foram merecedoras da tutela do Direito.

O envelhecimento é uma delas, trata-se de uma realidade social emergente. Urge por parte do Direito um olhar e um cuidado atento e profundo.

Por conseguinte, muito há ainda que fazer nesse domínio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, Rui de. 1977-78. *“Direito das Obrigações”*. Coimbra.
- ANTUNES, Maria João. 2009. *“Código Penal”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- ANTUNES, Maria João. 2009. *“Código de Processo Penal”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- ANTUNES, Maria João. 2007-2008. *“Consequências Jurídicas do Crime – Lições para o alunos da disciplina de Direito Penal III da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra”*. Coimbra.
- ASCENSÃO, José de Oliveira. 1989. *“Direito Civil Sucessões”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- BARRETO, João. 2005. *“Os sinais da doença e a sua evolução”* In: Castro-Caldas, Alexandre, Mendonça, Alexandre de. *“A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal”*. Porto, Lidel Edições Técnicas.
- BELO, Nuno. 2009. *“Família”*. Coimbra, Almedina.
- BELSKY, Janet. 2001. *“Psicología del Envejecimiento”*. Madrid, Thomson Editores Spain.
- BENGTTSSON, Ingemund. 2004. *“Segurança Económica na Terceira Idade: o Modelo Sueco de Pensões”*. In: *“Gerontologia”*. Revista da Universidade Internacional para a Terceira Idade. Vol. XXV, n.ºs 103 e 104. Lisboa
- BUSSE, Ewald W., BLAZER, Dan G. 1989. *“Geriatric Psychiatry”*. Washington, American Psychiatric Press, Inc.
- CAMPOS, Diogo Leite de. 2004. *“NÓS: Estudos sobre o Direito das Pessoas”*. Coimbra, Almedina.
- CAMPOS, Diogo Leite de. 1991. *“Lições de Direito de Personalidade”*. Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- CANOTILHO, J. J. Gomes, MOREIRA, Vital. 2007. *“Constituição da República Portuguesa Anotada”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- CANOTILHO, J. J. Gomes, MOREIRA, Vital. 2005. *“Constituição da República Portuguesa”*. Coimbra, Coimbra Editora
- CARRILHO, Fernanda. 2006. *“Dicionário de Latim Jurídico”*. Coimbra, Almedina.

- CHARAZAC, Pierre. 2004. *“Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos”*. Lisboa, Climepsi Editores.
- COELHO, F. M. Pereira. 1986. *“Curso de Direito da Família”*. Coimbra, Edição dactilografada.
- COELHO, F. M. Pereira. 1951. *“O nexo de causalidade na responsabilidade civil”*. In Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Suplemento IX. Coimbra.
- COMRIE, John D., THOMSON, William A. R. 1951. *“Dicionário Enciclopédico de Medicina”*. Volumes I e II. Lisboa, Editora Argo.
- COSTA, Alfredo Bruto da. 1998. *“Exclusões Sociais”*. Lisboa, Gradiva Publicações.
- COSTA, J. Almeida, *et al.* 2006. *“Dicionário da Língua Portuguesa”*. Porto, Dicionários Editora da Porto Editora.
- COSTA, José Francisco de Faria. 1992. *“A responsabilidade jurídico-penal da empresa e dos seus órgãos (ou uma reflexão sobre a alteridade nas pessoas colectivas, à luz do direito penal)”*, In: Revista Portuguesa de Ciência Criminal. Ano 2, Fascículo 4. Aequitas, Editorial Notícias.
- COSTA, José Francisco de Faria. 2000. *“O Perigo em Direito Penal”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- COSTA, Mário Júlio de Almeida. 1991. *“Noções de Direito Civil”*. Coimbra, Almedina.
- DIAS, Isabel. 2004. *“Violência na família. Uma abordagem Sociológica”*. Porto, Edições Afrontamento.
- DIAS, Jorge de Figueiredo. 2007. *“Direito Penal. Questões Fundamentais. A Doutrina Geral do Crime”*. Parte Geral, Tomo I. Coimbra, Coimbra Editora.
- DIAS, Maria do Rosário, Durá, Estrella. 2002. *“Territórios da Psicologia Oncológica”*. Lisboa, Climepsi Editores.
- *“Direito Mortuário”*. 2007. Lisboa, DisLivro.
- ÉTIENNE, Jean, *et al.* 1998. *“Dicionário de Sociologia”*. Lisboa, Plátano Edições Técnicas.
- *“FOCUS, Enciclopédia Internacional”*. Vol. II. Lisboa, Livraria Sá da Costa Editora.
- FRANCO, João Melo, MARTINS, Herlânder Antunes. 1993. *“Dicionário de Conceitos e Princípios Jurídicos”*. Coimbra, Almedina.

- GAFO, Javier Fernández. 1996. *“10 Palavras-Chave em BioÉtica”*. Palheira: Gráfica de Coimbra.
- GONÇALVES, Diogo Costa. 2008. *“Pessoa e Direitos de Personalidade: Fundamentação Ontológica da Tutela”*. Coimbra, Almedina.
- HABIB, Michel. 2003. *“Bases Neurológicas dos Comportamentos”*. Lisboa, Climepsi Editores.
- IMAGINÁRIO, Cristina. 2004. *“O Idoso dependente em contexto Familiar: uma análise da visão da Família e do Cuidador principal”*. Coimbra, Edição Formasau.
- JIMÉNEZ Soledad Ballesteros, et al. 2004. *“Gerontología. Un Saber Multidisciplinar”*. Madrid, Editorial Universitas.
- JUSTO, A. Santos. 2007. *“Direitos Reais”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- KAEMPFE, Jutta. 2003. *“Die Systemfunktionen privater Altersvorsorge im Gesamtsystem sozialer Alterssicherung”*. Deutschland: Nomos.
- KOWALSKI, Mateus. 2005. *“O direito à vida no âmbito da Convenção Europeia dos Direitos do Homem”*. In: MARTINS, Ana Maria Guerra. *“Estudos de Direito Europeu e Internacional dos Direitos Humanos”*. Coimbra, Almedina.
- LEONE, Salvino, PRIVITERA, Salvatore. 2004. *“Bioetica”*. Roma, Città Nuova Editrice.
- LIMA, Pires de, VARELA, Antunes. 1992. *“Código Civil Anotado”*. vol. IV. Coimbra, Coimbra Editora.
- LOSSOW, Jacob Francone. 1982. *“Anatomia e Fisiologia Humana”*. Rio de Janeiro, Guanabara Editora.
- LUCENA, Delfim Maya de. 2006. *“Danos Não Patrimoniais – O Dano Morte”*. Coimbra, Almedina.
- LUTJENS, Erik. 2005. *“Die Kapitalgedeckte zusätzliche Altersversorgung in den Niederlanden”* In: Schlachter, Monika, Becker, Ulrich, Igl, Gerhard. *“Funktion und rechtliche Ausgestaltung zusätzlicher Alterssicherung”*. Deutschland: Nomos.
- *“Manual Merck Geriatria”*. 2004. Loures, Editorial Oceano.
- MARTINS, Teresa. 2006. *“AVC: Acidente Vascular Cerebral – Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores”*. Coimbra, Edição Formasau.
- MESQUITA, M. Henriques. 2007. *“Código Civil”*. Coimbra, Coimbra Editora.
- MIRANDA, Jorge, MEDEIROS, Rui. 2005. *“Constituição Portuguesa Anotada”*. Tomo I. Coimbra, Coimbra Editora.

- NAZARETH, J. Manuel 2004. “*Demografia. A Ciência da População*”. Queluz de Baixo, Editorial Presença.
- NEVES, Ilídio das. 2001. “*Dicionário Técnico e Jurídico de Protecção Social*”. Coimbra Editora.
- NUNES, Belina. 2005. “*A Demência em números*”. In: Castro-Caldas, Alexandre, Mendonça, Alexandre de. “*A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*”. Porto, Lidel Edições Técnicas.
- ORLANDIS, José. 2006. “*No entardecer da vida*”. Lisboa, Diel
- OTERO, Paulo. 2004. “*Direito da Vida*”. Coimbra, Almedina.
- PAÚL, Maria Constança. 1997. “*Lá para o fim da vida. Idosos, Família e meio ambiente*”. Coimbra, Almedina.
- PERISTA, Heloísa. 2005. “*Usos do tempo, ciclo de vida e vivências da velhice uma perspectiva de género*”. In: “*Direito da Infância, da Juventude e do Envelhecimento*”. Centro de Direito da Família. Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Coimbra Editora.
- PIMENTEL, Luísa. 2001. “*O lugar do Idoso na Família*”. Coimbra, Quarteto Editora.
- PINTO, Carlos Alberto da Mota. 1992. “*Teoria Geral do Direito Civil*”. Coimbra, Coimbra Editora.
- PINTO, Carlos Alberto da Mota. 1965. “*O valor dos actos jurídicos dos dementes*”. Coimbra, Coimbra Editora.
- PRATA, Ana. 1990. “*Dicionário Jurídico*”. Coimbra, Edições Almedina.
- PRATA, Ana. 2008. “*Dicionário Jurídico*”. Coimbra, Edições Almedina.
- PRATA, Ana, VEIGA, Catarina, VILALONGA, José Manuel. 2007. “*Dicionário Jurídico de Direito Penal e Direito Processual Penal*”. Vol. II. Coimbra, Edições Almedina.
- QUARESMA, Maria de Lourdes Baptista, PITAUD, Philippe. 2007. “*Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias: perspectivas e análises: Portugal, Espanha, França e Itália*”. Lisboa, Universidade Lusíada Editora e Instituto Superior de Serviço Social.
- RENDAS, António Bensabat. 2001. “*Adaptações Normais e Patológicas do Organismo Humano durante o Envelhecimento – Idade Biológica versus Idade Cronológica*”. In: Pinto, Anabela Mota. “*Envelhecer Vivendo*”. Coimbra, Edições

Quarteto.

- RICKEN, Friedo. 2006. “«Ser Humano» e «Pessoa»”. In: “*Considerações sobre a Ética Aristotélica*”. Revista Portuguesa de Filosofia-Ética-Bioética-Sociedade. Janeiro-Março, Vol. 62, Fasc. 1. Braga, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa.
- SILVA, Maria Eugénia. 2005. “*Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente*”. In: Paúl, Constança, Fonseca, António. “*Envelhecer em Portugal*”. Lisboa, Climepsi Editores.
- SOURNIA, Jean-Charles. 1997. “*O homem e a doença*”. In: Goff, Jacques Le. “*As doenças têm história*”. Lisboa, Terramar Editores.
- SOUSA, Rabindranath Valentino Aleixo Capelo de. 1995. “*O Direito Geral de Personalidade*”. Coimbra, Coimbra Editora.
- SOUSA, Rabindranath Valentino Aleixo Capelo de. 1997. “*Lições de Direito das Sucessões*”. Coimbra, Coimbra Editora.
- SPAR, James E., LA RUE, Asenath. 2005. “*Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*”. Lisboa, Climepsi Editores.
- SUPIOT, Alain. 2005. “*Homo Juridicus. Ensaio sobre a função Antropológica do Direito*”. Instituto Piaget, Divisão Editorial.
- TOUCHON, Jacques, PORTET, Florence. 2002. “*Guide pratique de la maladie d’Alzheimer*”. Lisboa, Climepsi Editores.
- VARELA, João de Matos Antunes. 2006. “*Das Obrigações em Geral*”. vol.I. Coimbra, Almedina.
- VÍTOR, Paula Távora. 2004. “*O Direito do Envelhecimento*”. In: “*Lex Familiae*”, Revista Portuguesa de Direito da Família, Ano 1 – n.º 1. Centro de Direito da Família da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- VÍTOR, Paula Távora. 2008. “*Administração do Património das Pessoas com Capacidade Diminuída*”. Coimbra, Coimbra Editora.

Outra Documentação

- <http://www.ine.pt>
- <http://www.manualmerck.net>
- <http://www.psiqweb.com.br>
- <http://www.psiqweb.med.br>
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Agostinho_de_Hipona
- II Jornadas de Saúde Mental no Idoso (Coimbra, 6 de Dezembro de 2003).
- 1.º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses (Coimbra, 21 e 22 de Setembro de 2007).
- Lições de Medicina Legal, leccionadas na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, entre Setembro e Dezembro de 2008.
- Lições de Alemão Jurídico: “Rechtswissenschaft”, leccionadas na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, entre Março e Junho de 2009.

ANEXOS

Ex.mo Senhor
Presidente da Direcção de.... (nome da instituição)

Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes Marques, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior Bissaya – Barreto (Coimbra), vem, em sede da componente prática do seu trabalho de investigação que incide sobre o internamento de Idosos em Lares de Terceira Idade, solicitar uma abordagem, via correio electrónico, junto da Direcção Técnica, para efeitos do respectivo inquérito sobre o trabalho supra referido.

Junto envio as questões referentes ao referido inquérito, para que a Direcção Técnica possa responder, bem como o documento do Instituto Superior Bissaya – Barreto comprovativo em como estou a desenvolver a investigação para a Dissertação de Mestrado.

Antecipadamente grata pela atenção de V/ Ex.^a, apresento os meus mais respeitosos cumprimentos,

Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes Marques

E-mail: sandraclaudialindo@gmail.com

Ex.mo Senhor(a)
Dr. (ª)

Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes Marques, licenciada em Ciências Sociais, aluna do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior Bissaya – Barreto (Coimbra), vem, em sede da componente prática do seu trabalho de investigação que incide sobre o internamento de Idosos em Lares de Terceira Idade, solicitar uma abordagem, via e-mail, junto da Direcção Técnica, para efeitos de um inquérito sobre o trabalho supra referido.

Junto envio as questões referentes ao dito inquérito, para que a Direcção Técnica da Instituição, na pessoa do(a) Senhor(a) Dr.(ª)...., possa responder, bem como o documento do Instituto Superior Bissaya – Barreto comprovativo em como estou a desenvolver a investigação para a Dissertação de Mestrado.

Tendo alguma urgência nas respostas da Direcção Técnica, ficarei a aguardar que me responda, via e-mail, até ao dia 11 de Julho de 2008.

Antecipadamente grata pela atenção de V/ Ex.ª, apresento os meus respeitosos cumprimentos,

Sandra Cláudia Barros Lindo Fernandes Marques

E-mail: sandraclaudialindo@gmail.com

Inquérito direccionado para as Direcções Técnicas das Instituições
Particulares de Solidariedade Social

Nota: Todos os inquéritos são tratados confidencialmente

1 - Qual o número de Idosos na Instituição?

2 - A procura institucional para internamento é, frequentemente, feita por quem?

- Idoso: _____
- Descendente do Idoso: _____
- Outro Familiar: _____ (especificar quem)
- Ambos: Idoso e Descendente/Familiar: _____

3 - A procura é maior se se tratar de Idoso portador de qualquer patologia incapacitante?

- Sim: _____
- Não: _____
- Ser portador de patologia incapacitante é irrelevante em termos de procura: _____

4 - Qual a origem dos Idosos?

- São do Concelho: _____ (especificar o Concelho a que a Instituição pertence)
- Não são do Concelho: _____ (especificar de onde são)

5 - De uma maneira geral, como é a reacção dos idosos quando ingressam na Instituição?

- 6 - Como é feito o acolhimento do Idoso à Instituição?**

- 7 - Os recursos humanos existentes na Instituição são suficientes para o número de Idosos?**

- 8 - Qual o valor normal de Idosos por funcionário?**

- 9 - O número de Idosos excede a capacidade existente?**

- 10 - A Família dos Idosos colabora e participa na vida activa da Instituição?**

- 11 - O alojamento, na instituição, é todo igual, ou os idosos dispõem de diversos tipos de alojamento?**

- 12 - Recebem acamados?**

13 - De quantos funcionários dispõe a Instituição para cada acamado?

14 - Quando se estabelecem os contactos iniciais com a Instituição, por parte da Família/Idoso, qual a resposta-padrão (da Instituição) no caso de:

a) Haver vaga para o idoso?

b) Não haver vaga?

15 - Quando não há vaga na Instituição é usual o Idoso ficar na sua lista de espera?

16 - A Instituição tem lista de espera?

▪ Sim: _____

▪ Não: _____

17 - O facto de o Idoso ficar em lista de espera implica o pagamento de alguma caução?

18 - Esta caução consta como cláusula escrita no contrato?

19 - A aceitação do Idoso na Instituição é feita mediante documento escrito?

▪ Sim: _____

▪ Não: _____ (especificar o procedimento)

20 - Em caso afirmativo, em que moldes é feito, e quem assina o documento?

21 - Uma vez na Instituição, a mensalidade que cada Idoso paga é única ou existem escalões?

22 - Em caso afirmativo, quais os critérios de admissão nos diferentes escalões?

23 - Existem acordos especiais com a Segurança Social?

24 - Em caso afirmativo, em que moldes é feito seu contributo?

25 - O apoio dado pela Segurança Social contempla, normalmente, quantos Idosos?

26 - Há Idosos cuja mensalidade é mais elevada do que outros?

27 - É usual a Instituição receber qualquer contrapartida monetária a título de doação, feita pelo Idoso, ou pela Família deste (especificar quem normalmente o faz)?

28 - Em caso afirmativo, como vê a Instituição este gesto do Idoso/Família?

- a) São doações reiteradas no tempo?
- b) Quando a doação é feita pelo Idoso, como reage a Família a esta situação?
- c) Ou, inversamente, se a doação é feita pela Família do Idoso, como é que este reage a isso?

29 - Essas doações são entregues sem qualquer formalidade legal ou são reduzidas a escrito?

- a) Em que termos decorre este procedimento?

30 - Quem gere o património do Idoso institucionalizado?

- Idoso: _____
- Descendente do Idoso: _____
- Outro Familiar: _____ (especificar quem)
- Representante legal se o Idoso estiver incapacitado: _____
- Instituição: _____

31 - Tratando-se de Idoso com capacidade diminuída, quem é normalmente o seu representante legal?

- Descendente do Idoso: _____
- Outro Familiar: _____ (especificar quem)
- Instituição: _____ (especificar quem)
- Outro: _____ (especificar quem)

32 - A Instituição tem:

- Fins lucrativos: _____
- Não tem fins lucrativos: _____

33 - Como é que funciona a Instituição, em termos da sua própria subsistência? De que é que vive?

34 - Por quem são prestados os cuidados de saúde, na Instituição?

35 - A Instituição dispõe de médico próprio?

36 - Que cuidados e/ou diligências especiais são tomadas quando se trata de Idosos que sofram de qualquer transtorno do foro neurológico?

37 - Quem administra a medicação?

38 - Como é que os Idosos reagem à medicação?

- a) São genericamente hipocondríacos?**
- b) Ou “avessos” a medicamentos?**

39 - Frequentemente, as causas de morte na Instituição devem-se a:

- Doenças do foro neurológico: _____ (especificar quais)
- Doenças cárdio-respiratórias: _____
- Depressões: _____
- Cancro: _____
- Suicídio: _____
- Outras: _____ (especificar quais)

40 - Já houve algum caso de suicídio dentro da Instituição?

41 - É usual o Idoso morrer na Instituição?

42 - Qual o procedimento da Instituição nessas ocasiões?

- 43 - Quem é o médico que faz a verificação do óbito?**
- 44 - Os Idosos quando morrem na Instituição costumam ser autopsiados?**
- 45 - Em caso afirmativo, em que circunstâncias, quando e onde é que isso se verifica?**
- 46 - Quando o Idoso morre na Instituição, onde é que é feito o serviço fúnebre?**
- 47 - Em caso de morte na Instituição, é usual as Famílias levarem os seus defuntos para casa?**